

2.º CURSO DE MESTRADO
EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

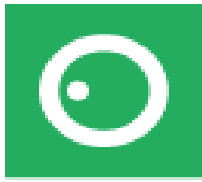
RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Desenvolvimento de Competências em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

“Transporte inter-hospitalar: resultados da implementação de um boletim de acompanhamento num SUMC”

Ana Cristina Joaquim Simões

Leiria, setembro de 2022



POLITÉCNICO DE LEIRIA
**ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE**

2.º CURSO DE MESTRADO
EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Desenvolvimento de Competências em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

“Transporte inter-hospitalar: resultados da implementação de um boletim de acompanhamento num SUMC”

Apresentado para obtenção do grau de Mestre
em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Ana Cristina Joaquim Simões - 5200114

Professor Orientador: Doutora Cristina Costeira

Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório

Leiria, setembro de 2022

PENSAMENTO/DEDICATÓRIA

“Sou uma parte de tudo aquilo que encontrei no meu caminho” Alfred Tennyson

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a concretização e sucesso desta caminhada.

Em primeiro lugar, à minha Família, ao meu marido pelo apoio incondicional e à Mafalda, ao Tomás e ao Vicente pela sua compreensão e resiliência face à minha disponibilidade para com eles, ao longo destes últimos dois anos, não deixando de me transmitir entusiasmo.

Aos meus Amigos que sempre demonstraram apoio e me deram força, alento e veemência.

Expresso a minha gratidão à Professora Doutora Cristina Costeira pela sua ajuda e enorme disponibilidade na orientação deste mestrado.

A todos vós, o meu Muito Obrigada!

RESUMO

O presente Relatório Crítico surge no âmbito do Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, com o objetivo de descrever e evidenciar o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa Situação Crítica, durante os ensinamentos clínicos desenvolvidos (num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, num serviço de Medicina Intensiva e numa Unidade de Cuidados Intensivos Cardíaca). Para tal recorreu-se a uma metodologia crítico-reflexiva.

No que diz respeito ao desenvolvimento de competências de investigação foi realizado um projeto de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, na área dos transportes inter-hospitalares. Este é considerado um período de grande instabilidade e vulnerabilidade acarretando um conjunto de riscos para a segurança da pessoa em situação crítica, sendo a implementação de *checklists*, uma forma prática e simples de promover a sua segurança. Dada esta realidade, foi implementado um boletim de acompanhamento num serviço de urgência médico-cirúrgica na região centro de Portugal. Este projeto tinha como objetivos: inquirir os enfermeiros de um serviço de urgência médico-cirúrgica relativamente aos transportes inter-hospitalares realizados, identificar se a existência de um boletim era considerada pelos enfermeiros do serviço como uma necessidade ou oportunidade de melhoria, adaptar e implementar um boletim de transporte inter-hospitalar e avaliar a satisfação dos enfermeiros utilizadores desse boletim. Durante dois meses foi implementado o boletim de acompanhamento no transporte inter-hospitalar, adaptado ao serviço de urgência médico-cirúrgica em questão. Foram aplicados questionários *online* através da plataforma *Google Forms®* antes, para realizar um diagnóstico da situação, e após o período de implementação do boletim, para avaliar a sua implementação. Os resultados evidenciaram que 84% dos enfermeiros eram do sexo feminino, com uma média de idades de $34 \pm 6,4$ anos sendo maioritariamente (88%) enfermeiros generalistas. 52% destes consideraram que os transportes inter-hospitalares não se realizavam da melhor maneira, sendo consensual (100%) que a existência de um boletim poderia facilitar o procedimento. Após o período de implementação do boletim, 85% dos enfermeiros que utilizaram o boletim consideraram que esta era uma ferramenta capaz de melhorar a segurança e a qualidade do transporte inter-hospitalar.

Palavras chave: Transporte inter-hospitalar; Pessoa em Situação Crítica; Enfermagem

ABSTRACT

This Critical Report emerges within the scope of the Master's Degree in Critical Care Nursing of the School of Health of the Polytechnic of Leiria, with the purpose of describing and highlighting the development of common and specific skills of the Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing in the area of Critical Care Nursing during the clinical training developed (in a General Emergency Service, an Intensive Care Unit and a Cardiac Intensive Care Unit). To this end, a critical-reflective methodology was used.

With regard to the development of research skills, a project for the continuous improvement of nursing care in the area of inter-hospital transport was conducted. This is considered a period of great instability and vulnerability, bringing about a set of risks to the safety of critically-ill patients, and the implementation of checklists *is* a practical and simple way to promote their safety. Given this reality, a follow-up checklist was implemented in a medical-surgical emergency service in the centre region of Portugal. The objectives of this project were: to survey nurses of the medical-surgical emergency service regarding the inter-hospital transports performed, identify whether the existence of a bulletin was considered by the nurses of the service as a need or opportunity for improvement, adapt an inter-hospital transport bulletin to the clinical context of this emergency service, implement the adapted inter-hospital transport bulletin in the service, and assess the satisfaction of nurses using the bulletin after its implementation. The inter-hospital transport follow-up bulletin, adapted to the medical-surgical emergency service in question, was implemented over a two-month period. Online questionnaires were carried through using *Google Forms*® platform before the implementation of the bulletin, in order to make a diagnosis of the situation, and after the bulletin implementation period to assess its implementation. The results showed that 84% of the nurses were female, with an average age of 34 ± 6.4 years, and most of them (88%) were generalist nurses. 52% considered that inter-hospital transports were not performed in the best way, and there was a consensus (100%) that the existence of a bulletin could facilitate the procedure. After the bulletin implementation period, 85% of the nurses who used the bulletin considered that it was a tool capable of improving the safety and quality of inter-hospital transport.

Keywords: Inter-hospital transport; Person in critical condition; Nursing

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓMIOS

ABC- *Air Breath Circulation*

ABCDE- *Air Breath Circulation Disability Exposure*

ANZCA- *Australian and New Zealand College of Anaesthetists*

BIS- *Bispectral Index*

BPS- *Behavioural Pain Scale*

CAT- Curso Avançado de Trauma

CDI- Cardioversor-Desfibrilhador Implantável

CIPE®- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

COVID 19- *Coronavirus Disease 2019*

CV- Cateter Vesical

CVC- Cateter Venoso Central

DAV- Diretiva Antecipada de Vontade

DGS- Direção-Geral da Saúde

DNR- Decisão de Não Reanimar

Dp- Desvio Padrão

EAM- Enfarte Agudo do Miocárdio

EAPC- *European Association of Preventive Cardiology*

EC- Ensino Clínico

EE- Enfermeiro Especialista

EEMI- Equipa de Emergência Médica Interna

EMC- Especialidade Médico Cirúrgica

EMCPSC- Especialidade Médico-Cirúrgica Pessoa em Situação Crítica

EOT- Entubação Oro Traqueal

ERC- *Enterobacteriaceas* resistentes aos carbapenemos

ESSLei- Escola Superior de Saúde de Leiria

Etc- "*et cetera*" outras coisas

EVA- Escala Visual Analógica

Ex.- Exemplo

FIO2- Fração de oxigênio inspirado

h- Hora

IACS- Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INCS- Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea

INE- Instituto Nacional de Estatística

INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR- Identificação; Situação; Antecedentes; Avaliação; Recomendações

LASA- *Look Alike Sound Alike*
M- Média
m- Minuto
max.- Máximo
MC- Médico-Cirúrgica
Md- Mediana
min.- Mínimo
mmHg- Milímetros de mercúrio
MRSA- *Staphylococcus aureus* resistente à metilina
n- Tamanho de amostra
n.º- Número
NAS- *Nursing Activities Score*
OE- Ordem dos Enfermeiros
OM- Ordem dos Médicos
PAV- Pneumonia Associada à Ventilação
PBCI- Precauções Básicas de Controlo de Infeção
PCR- Paragem Cardiorrespiratória
PEUS- Plano de Emergência das Unidades de Saúde
PICCO- *Pulse Contour Continuous Cardiac Output*
PPCIRA- Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos
PSC- Pessoa em Situação Crítica
PTCA- Percutânea Transluminal de Artérias Coronárias
Q- Questionado
REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RGPD- Regulamento Geral de Proteção de Dados
RSE- Registo de Saúde Eletrónico
SatO2- Saturação de Oxigénio
SAV- Suporte Avançado de Vida
SBV- Suporte Básico de Vida
SE- Sala de Emergência
SMI- Serviço de Medicina Intensiva
SNS- Serviço Nacional de Saúde
SO- Sala de Observações
SPCI- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
SPSS®- *Statistical Package for the Social Science*

SU- Serviço de Urgência
SUB- Serviço de Urgência Básica
SUMC- Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica
SUP- Serviço de Urgência Polivalente
TAC- Tomografia Axial Computadorizada
TIH- Transporte Inter-Hospitalar
TISS- *Therapeutic Intervention Scoring System*
TM- Triagem de Manchester
TR *Band*®- Pulseira para Compressão da Artéria Radial
TSR- Técnica de Substituição Renal
UCIC- Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos
UHICV- Unidade de Hemodinâmica e Intervenção Cardiovascular
VV- Via Verde
VVC- Via Verde Coronária
ZTR- Zona de Tratamento Respiratória
%- percentagem
<- menor

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
PARTE I – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	15
1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM.....	15
1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA.....	15
1.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA.....	18
1.3. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDÍACOS.....	20
2. ANÁLISE CRÍTICA DE ATIVIDADES	23
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	23
2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	23
2.1.2. Domínio da melhoria da qualidade	29
2.1.3. Domínio da gestão dos cuidados.....	33
2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	37
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	39
2.2.1. Cuida da pessoa a vivenciar processos de falência orgânica	39
2.2.2. Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação.....	45
2.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência aos antimicrobianos.....	46
PARTE II- PROJETO DE INVESTIGAÇÃO/ AÇÃO	51
1. FUNDAMENTAÇÃO DO ESTUDO.....	51
2. ASPETOS METODOLÓGICOS.....	54
2.1. TIPO DE ESTUDO	54
2.2. OBJETIVOS	55
2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA	55
2.4. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	55
2.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	56
2.6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	57
CONCLUSÃO.....	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68
APÊNDICES.....	76

APÊNDICE I- Folha Passagem Turno	i
APÊNDICE II- Cartaz informativo SMI.....	ii
APÊNDICE III- Questionário 1	i
APÊNDICE IV- Boletim adaptado ao SUMC.....	i
APÊNDICE V- Questionário 2.....	i
APÊNDICE VI- Autorização para utilização do Boletim.....	v
APÊNDICE VII- Autorizações do Conselho de Administração e Comissão de Ética ..	ii
APÊNDICE VIII - Consentimento informado.....	iii
ANEXOS	iii
ANEXO I - BOLETIM DE ACOMPANHAMENTO DO DOENTE NO TRANSPORTE SECUNDÁRIO.....	i
ANEXO II - AVALIAÇÃO PARA O TRANSPORTE SECUNDÁRIO SEGUNDO A ORDEM DOS MÉDICOS E A SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS (2008) i	

ÍNDICE DE GRÁFICOS/TABELAS

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e profissional dos voluntários no estudo. Incluí dados de opinião dos participantes.	58
Tabela 2. Motivos mais apontados pelos enfermeiros do SUMC para que os TIH ocorram de forma desadequada	61
Tabela 3. Experiência de efeitos adversos ou complicações no TIH	62
Tabela 4. Avaliação da implementação do boletim de TIH dos enfermeiros do SUMC.....	63
Tabela 5- Importância do boletim dos TIH na segurança e qualidade para os enfermeiros do SUMC	65

INTRODUÇÃO

A área da saúde depende de recursos humanos qualificados, que beneficiam do progresso científico-tecnológico como adjuvante da sua prática clínica. Assim, os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, deverão atualizar permanentemente os seus conhecimentos, habilidades e competências, a fim de, assumir responsabilidades acrescidas e conduzir processos de decisão mais complexos, acrescentando qualidade na prestação de cuidados de saúde, aumentando a eficácia, eficiência e produtividade (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Foi baseado nestas constatações que surgiu o interesse na frequência do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC). A PSC é definida pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 8656) como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”. Estando implícito que para cuidar da PSC torna-se necessária uma apropriação de conhecimentos e exigente diferenciação dos cuidados.

Para a ampliação de conhecimentos e competências profissionais, nos processos formativos é importante interligar a componente teórica com a prática, sendo através dos ensinamentos clínicos (EC) possível sedimentar os conhecimentos adquiridos. Estes são componentes insubstituíveis no processo de formação (Alarcão & Rua, 2005), permitem a consciencialização das diferentes funções que o enfermeiro é chamado a exercer e o desenvolvimento das competências exigidas para o seu desempenho (Silva & Silva, 2016), bem como a mobilização de saberes (Ferreira & Nunes, 2019). A competência é um conceito que envolve ação, é com a experiência diária que se consolidam e apreendem os conhecimentos (Gaspar, 2018). A possibilidade de contactar com realidades diferentes das do dia-a-dia, apesar de próximas, permite que os enfermeiros possam adotar e partilhar experiências de *benchmarking* contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados.

Este relatório surge no âmbito da unidade curricular “Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com relatório” do 2º ano, e tem como finalidade a obtenção do título de especialista e de mestre em PSC. Este tem como objetivos: a) descrever as experiências vivenciadas, e o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista (EE) em PSC, nos três EC realizados; b) refletir sobre as competências comuns e específicas do EE em PSC desenvolvidas nos EC.

Os três EC foram realizados nas áreas de atuação mais pertinentes ao desenvolvimento de competências específicas: Serviço Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC), Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos (UCIC).

A enfermagem é uma ciência credível, norteada por referenciais técnico-científicos, tendo as teorias um contributo para a efetivação da enfermagem. O conhecimento prático deve ter um referencial teórico que o guia (Silva, et al., 2020). Como referencial teórico de suporte à prática clínica foram adotadas, durante os EC a Teoria do Autocuidado (Dorothea E. Orem, 2001) e a Teoria das Transições em Saúde (Meleis, 2010). A Teoria apresentada por Dorothea Orem, vem acrescentar objetividade ao modelo de cuidados de Virgínia Henderson. Esta autora vem contribuir com os conceitos de autoassistência e manutenção da qualidade de vida da pessoa, buscando o equilíbrio. Neste seguimento, reconhece-se que a pessoa tem capacidades de autocuidado, assim como necessidades de procura de terapêuticas de autocuidado, sendo aí que recaí o foco de atenção e intervenção do enfermeiro (George, 2000). Nos cuidados à PSC, estamos perante um cenário de *déficit* de autocuidado e, portanto, a intervenção do enfermeiro é imprescindível. Concomitantemente a PSC experiêcia uma fase de transição no binómio saúde-doença, precisando de se adaptar a uma nova vivência, no entanto com necessidade de assistência, devendo ser o enfermeiro quem assiste as pessoas e famílias a atingirem resultados saudáveis após o período de mudança vivenciado (Costa, 2016).

O relatório tem ainda como objetivo: c) descrever um projeto de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, realizado num SUMC sobre transportes inter-hospitalares (TIH) especificamente na implementação de um boletim de acompanhamento da PSC. Esta área de estudo emergiu pela constatação de que a PSC ao apresentar lesões ou doenças de grande complexidade, muitas vezes associadas a quadros fisiopatológicos instáveis, com necessidade de meios técnicos e humanos específicos, e nem sempre disponíveis na instituição de origem (Martins & Martins, 2010), pode necessitar de um TIH. As PSC sujeitas a TIH ficam mais expostas a riscos adicionais (ANZCA, 2015). O TIH da PSC é assinalado como um período de grande instabilidade e vulnerabilidade acarretando um conjunto de riscos para a sua segurança. A implementação de *checklists* é uma forma prática e simples de promover a sua segurança (Canellas, Palma, Pontífice-Sousa, & Rabiais, 2020). Dada esta realidade elegeu-se como projeto de melhoria da qualidade a implementação de um boletim de acompanhamento num SUMC na região centro de Portugal. Como estratégia de melhorar a compreensão deste relatório, este foi dividido em três partes: na primeira será efetuada a caracterização dos contextos da prática especializada em enfermagem, onde foram desenvolvidos os EC. Na segunda parte será realizada uma análise crítico-reflexiva das competências comuns necessárias aos EE e específicas do EE em enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização da PSC. Na terceira parte será apresentado o projeto de melhoria contínua da qualidade desenvolvido.

Este relatório foi elaborado segundo o novo acordo ortográfico e respeitando as normas orientadoras para a produção de trabalhos adotadas pela Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei).

PARTE I – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A prática de enfermagem é atualmente sinónimo de evidência científica aliada ao cuidado humanizado. Desenvolver e aprofundar competências é não só um dever ético e deontológico, mas acima de tudo um crescimento e valorização pessoal e profissional, garantindo a integração da melhor evidência científica na prática de cuidados especializados.

A Parte I foi desenvolvida tendo por base uma metodologia crítico-reflexiva sobre as oportunidades e experiências vivenciadas nos contextos de EC.

1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

A escolha dos locais de EC incidiu na localização geográfica e na disponibilidade das instituições para receberem estudantes, uma vez que em Portugal e no Mundo, se viviam tempos verdadeiramente difíceis, desconhecidos e ambíguos, devido à crise sanitária por *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19). Estes foram realizados em serviços específicos de forma a promover o desenvolvimento e sustentação de competências como futura EE em PSC: em contexto de urgência, de cuidados intensivos e cuidados intensivos cardíacos como estágio de opção.

A opção de EC na UCIC prendeu-se com o fato desta unidade receber PSC do foro cardíaco, que, pela sua situação, requerem monitorização contínua e intervenção terapêutica avançada, e ainda, admitir pessoas após procedimentos de alto risco, designadamente angioplastia coronária ou carotídea (Serviço Nacional de Saúde, 2022). O aparelho cardiovascular tem uma função vital no organismo humano, quando ameaçado ou na eminência de falência coloca a pessoa numa situação crítica, sendo as doenças cardiovasculares a principal causa de morte no mundo. Este contexto clínico possui especificidades, nele são imprescindíveis cuidados de enfermagem específicos que assegurem a continuidade, qualidade e segurança, sendo um objetivo como EE em Especialidade Médico-cirúrgica Pessoa em Situação Crítica (EMCPSC). O desenvolvimento de competências nesta área é reconhecido como fundamental ao permitir dar continuidade aos cuidados prestados diariamente a PSC, cujas características permitem uma ativação da Via Verde Coronária (VVC).

Assim, os EC foram realizados num SUMC de 18 de maio de 2021 a 10 de julho de 2021, num SMI no período de 7 de setembro de 2021 a 12 de novembro de 2021 e numa UCIC no período de 15 de novembro de 2021 a 11 de março de 2022.

1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA

O Centro Hospitalar no qual está inserido o SUMC onde se realizou o EC, era constituído por três unidades hospitalares e abrangia 292 546 mil pessoas (Serviço Nacional de Saúde, 2022).

Os serviços de urgência (SU) são classificados consoante os seus níveis de resposta, assim, existem os Serviços de Urgência Básicos (SUB), SUMC e Serviços de Urgência Polivalente (SUP). O SUB funciona como o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência, abordando as situações mais simples e comuns de urgência, estabilizando inicialmente as de maior complexidade até transporte seguro para o SU que ofereça um nível de cuidados mais diferenciado, conforme a rede de referência de SU. O SUMC é o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, sendo uma referência para um SUB e referenciando para um SUP quando necessário uma maior diferenciação ou outras valências, sendo este, o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência (Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, 2014). O SUMC onde foi realizado o EC, reunia os pressupostos exigidos pelo Ministério da Saúde, em recursos humanos (equipas de médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica e outros profissionais de saúde), materiais/equipamentos mínimos e valências disponíveis (Medicina Interna, Pediatria, Cirurgia Geral, Ortopedia, Anestesiologia, Imuno-Hemoterapia, Bloco Operatório e Imagiologia em permanência radiologia convencional, ecografia simples, TAC e Patologia Clínica). Encontrava-se dividido em áreas funcionais: pré-triagem (em fase pandémica) e triagem, balcões (para observação das situações triadas e que necessitavam de esclarecimento adicional), área de macas (para pessoas que dada a sua situação clínica ou condição física, careciam de permanência em maca), sala de pequena cirurgia (realização de pequenas cirurgias em ambiente assético), sala de tratamentos (tratamento de pequenas feridas/escoriações contaminadas e outros atos terapêuticos ou de diagnóstico), sala de emergência (SE) (prestação de cuidados mais diferenciados e de curta duração, em situações de emergência, às PSC, com instabilidade e/ou compromisso de uma ou mais funções vitais) e sala de observações (SO) (internamento de pessoas com necessidade de continuidade de cuidados e maior vigilância).

O primeiro contacto que o enfermeiro tinha com a pessoa era no posto de pré-triagem, ainda antes da sua admissão. Este breve contato, permitia tomar a decisão de qual o melhor local para alocar a pessoa, se na área respiratória ou na geral. Após o qual, se procedia à triagem, isto é, à avaliação da pessoa, baseada no sistema de Triagem de Manchester (TM), como definido no Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto, artigo doze, do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, 2014), que tem como objetivo priorizar a pessoa conforme a gravidade da queixa com que se

apresenta no serviço. Esta recolha da informação pretende-se rápida e focalizada na atribuição do nível de prioridade, e sistematizada de forma a fornecer uma imagem completa da situação clínica da pessoa a cuidar. Após essa avaliação e recolha de informação era selecionado um fluxograma e discriminador específico, atribuindo assim, um nível de prioridade clínica (Grupo Português de Triagem, 2022). A uniformização de procedimentos e as tomadas de decisão suportadas em algoritmos clínicos permitiam aos profissionais de saúde, dado o afluxo significativo de pessoas nestes serviços, estabelecer níveis de prioridades, um encaminhamento precoce da pessoa e a garantia de uma oferta de cuidados ajustada às necessidades de maior qualidade e segurança (Grupo Português de Triagem, 2022).

Além da TM, outra estratégia organizada que permite a abordagem, o encaminhamento e o tratamento mais adequado em situações urgentes, nas quais a variável tempo é importante, é a implementação de Vias Verdes (VV) (Direção- Geral da Saúde, 2017). A existência de Redes de Referência específicas para as VV permite um aproveitamento das infraestruturas e recursos existentes, otimizando a resposta, no entanto, neste SUMC ainda não estavam implementadas as VV, o que desafia os profissionais de enfermagem a mobilizarem mais ferramentas que os pudessem auxiliar nas tomadas de decisão, para conseguirem distinguir e saber atuar com mais prontidão perante as mesmas.

Este serviço era caracterizado pela frequente existência de obras e alterações físicas constantes, agravadas pela fase pandémica, levando a adaptações provisórias dos espaços e das respetivas alocações das pessoas. Todas estas áreas tinham fácil acesso aos exames complementares de diagnóstico e terapêutica, nomeadamente imagiologia e aos internamentos (cirurgia e medicina, neste último há camas de oncologia, dermatologia e cardiologia). A atual SE tinha sido reestruturada recentemente e permitia, um atendimento máximo de três pessoas, dispondo de equipamentos de monitorização, de suporte ventilatório entre outros.

No que diz respeito aos recursos humanos e à sua organização, a equipa de enfermagem era composta por um enfermeiro gestor e por cerca de 51 enfermeiros, em que 18 desempenhavam funções de coordenação de turno. Para exercer funções de enfermeiro coordenador de equipa deste SUMC, tinha sido traçado um perfil que se encontra descrito no manual do SUMC: devia ter dez anos de serviço efetivo, e pelo menos seis anos de experiência profissional no SU, e preferencialmente ser detentor do título de EE em Médico-Cirúrgica (MC), com capacidade de liderança, sensatez, disponibilidade para o serviço, facilidade de comunicação e competências de gestão de conflitos. O seu processo individual deveria estar isento de qualquer incidente crítico ou reclamação, deveria desempenhar um

papel ativo na gestão do serviço e dos cuidados, na gestão dos recursos humanos e materiais e na formação em serviço dos profissionais. O método de trabalho adaptado neste contexto da prática, era o método individual, estando os enfermeiros divididos pelas áreas funcionais. Estes eram responsáveis pelas pessoas que se encontravam alocadas, nas respetivas áreas de trabalho, às quais estavam distribuídos até ao término do turno, que poderia ser de 8h ou de 12h. Desta forma os enfermeiros eram divididos da seguinte forma: um elemento na pré triagem e triagem, um elemento de Balcões, um elemento de SE, dois elementos de Macas, dois elementos de SO, três elementos de Zona de Tratamento Respiratório (ZTR) e um enfermeiro coordenador.

Mais de 1/5 dos enfermeiros eram especialistas, na sua maioria com a especialidade médico-cirúrgica (EMC), cumprindo o previsto no Regulamento n.º 743/2019 da OE de 25 de setembro. Os enfermeiros que asseguravam o posto de trabalho da SE e os que exerciam funções de coordenação funcional de turno eram EE com EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à PSC. O número total de postos de trabalho correspondentes à categoria de EE não é superior a 25% do total de enfermeiros de que o serviço precisava para o desenvolvimento das respetivas atividades tal como o Decreto-lei n.º 71/2019 de 27 de maio recomenda.

1.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

A Medicina Intensiva tem como “objetivo primordial suportar e recuperar funções vitais, de modo a criar condições para tratar a doença subjacente e por essa via proporcionar oportunidades para uma vida futura com qualidade” (Ordem dos Médicos, 2018, p. 4). O SMI é um serviço dotado de recursos humanos qualificados e meios tecnológicos diferenciados (Serviço Nacional de Saúde, 2022), tem como especificidade de atuação dar resposta à prestação de cuidados à PSC, tendo como base a monitorização contínua, bem como a prestação de cuidados especializados com recurso a técnicas complexas para estabilização e recuperação da mesma (Urizzi, et al., 2008). O SMI onde foi realizado o EC, localizava-se num Centro Hospitalar da região centro de Portugal que é resultante da fusão de três hospitais, servindo uma população de cerca de 400.000 habitantes (Serviço Nacional de Saúde, 2022). Este estava localizado no 5º piso, na mesma torre que a radiologia, o bloco operatório e o SUMC cumprindo as recomendações da ACSS (2013). Tinha uma lotação de 13 camas com características de nível III, que incluíam os 4 quartos de isolamentos e destes, três estavam equipados com pressão negativa (Serviço Nacional de Saúde, 2022). A missão do serviço era prestar cuidados à PSC com condições fisiopatológicas pretensamente reversíveis, cuja sobrevivência dependia de meios avançados de monitorização e terapêutica;

prestar cuidados de saúde especializados, qualificados e contínuos, à pessoa em risco de vida imediato por falência orgânica ou multiorgânica, como resposta às necessidades afetadas; manter as funções básicas da vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades com a ajuda de tecnologia “*life-saving*”.

A nível estrutural cumpria as recomendações técnicas propostas pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, 2013), nomeadamente na organização em *open space*, a existência de um posto de vigilância numa posição central, de forma a favorecer a visualização e acesso imediato às PSC, assim como, junto do mesmo a existência dos locais de trabalho, a existência de boxes individuais (Administração Central do Sistema de Saúde, 2013). Estas eram individualizadas por cortinas, com uma cama articular elétrica e equipadas com um ventilador mecânico, seringas e bombas perfusoras, rampas de oxigénio, ar comprimido e sistema de vácuo, um armário de apoio no qual constava todo o material necessário e suficiente, para auxiliar os profissionais no cuidado da pessoa, nomeadamente: antisséptico acessível para higienização das mãos, contentores de resíduos e de roupa individualizados, etc. Ou seja, em cada unidade estavam reunidas condições promotoras de boas práticas e facilitadoras em situações de maior exigência como sejam as de urgência ou emergência.

O sistema informático utilizado na unidade era o *B-Simple®*, sendo acessível e intuitivo, funcionava como um integrador de sistemas, reunindo no ecrã as informações fornecidas pelos monitores de avaliação da PSC, pelas seringas e bombas de infusão terapêutica. As informações encontravam-se ligadas em rede e eram disponibilizadas de forma personalizada ao profissional que o acesse (médico ou enfermeiro). Cada PSC tinha um plano de cuidados elaborado partindo da avaliação médica e de enfermagem, onde eram visíveis as intervenções autónomas e interdependentes. Permitia de forma intuitiva e gráfica obter rapidamente um panorama geral de determinados aspetos relacionados com a evolução da situação clínica da PSC, ajudando à tomada de decisão personalizada, rápida e eficiente.

A equipa de saúde no serviço era composta por sete médicos, 34 enfermeiros, 11 assistentes operacionais e um assistente técnico. Em cada turno, de oito horas, encontrava-se escalado um enfermeiro coordenador, com a responsabilidade de gestão de todo o serviço, relativamente à equipa de enfermagem, de assistentes operacionais, materiais, equipamentos e medicação, assim como a gestão de conflitos. A equipa de enfermagem era constituída por 21 enfermeiros com EMC na área de Especialização Enfermagem à PSC e dois com a Especialidade de Enfermagem em Reabilitação. Esta realidade, respeitava o preconizado no Regulamento N.º 743/2019 de 25 de setembro, sobre o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Os cuidados de enfermagem no SMI eram prestados, segundo o método individual de trabalho. Cada enfermeiro assumia a

responsabilidade de cuidar de uma a duas pessoas durante o seu turno. Esta distribuição era realizada consoante a complexidade da pessoa internada (Paiva, et al., 2017), permitindo um atendimento não fragmentado, centrando a atenção nas necessidades da PSC, sendo os cuidados mais personalizados e individualizados (Silva, 2017). Este método tem como vantagens uma maior satisfação profissional, melhor conhecimento da evolução do estado de saúde da pessoa e uma tomada de decisão mais consciente e responsável, contribui ainda, para a satisfação da pessoa cuidada, por permitir estabelecer relações terapêuticas mais eficazes (Silva, 2017). Neste serviço o trabalho de equipa e a relação de interajuda profissional facilitava e melhorava a qualidade dos cuidados, pois permitia a rápida mobilização de recursos, em situações de agudização do estado clínico de uma ou mais PSC ou em situações de novas admissões, suprimindo as necessidades e obtendo melhores resultados com os cuidados prestados.

1.3. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDÍACOS

No mesmo Centro Hospitalar do SMI, a UCIC encontrava-se inserida no serviço de cardiologia localizada no 5º piso da torre nascente, com a lotação de cinco camas e capacidade para duas camas suplementares, sendo a Unidade de Hemodinâmica e Intervenção Cardiovascular (UHICV) contígua a esta unidade. Relativamente à estrutura física da unidade, existiam áreas e serviços comuns partilhados com o SMI, como sejam: vestiários, copa, armazém de material de consumo clínico, sala de reuniões e secretariado. A UCIC estava disposta em *open space* tendo duas entradas, uma para a PSC, permitindo a passagem de camas e macas e outra para visitas e funcionários, existindo um acesso direto à UHICV. A UCIC dispunha ainda de uma casa de banho e, em caso de necessidade, podia ser utilizado o banho assistido do internamento de cardiologia. Cada unidade era individualizada à semelhança do SMI. Possuía ainda dois balcões onde estão quatro computadores para registos utilizando o *B-Simple®* e uma central de monitorização, na parte posterior do balcão, estavam embutidos armários de medicação e material de consumo clínico, sendo aí o local de preparação da medicação.

Desde 2010, este Centro Hospitalar dispunha de uma UHICV, o que permitia o encaminhamento da PSC com critérios de inclusão na VVC, para tratamento na fase aguda de enfarte do miocárdio. Dispunha igualmente de capacidade de realização de técnicas não invasivas e de *pacings* cardíaco. As VV permitem uma resposta rápida a uma situação específica existindo um determinado papel na cadeia de resposta por cada interveniente, incluindo o enfermeiro, implicando a colaboração entre vários níveis. Inicia-se no local do evento ou da apresentação dos sintomas e os sistemas hospitalar e pré-hospitalar garantem

a continuidade e a integração de cuidados (Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, 2014). Em 2021, o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) encaminhou 898 casos de Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) para os hospitais mais adequados, através da VVC (Serviço Nacional de Saúde, 2022) permitindo um tratamento mais rápido e eficaz nas unidades de cuidados intensivos coronários ou salas de hemodinâmica. Em 2021 nesta UHICV realizaram-se um total de 1544 coronariografias das quais 581 angioplastias, destas 178 foram admitidas por VVC (segundo dados inseridos no *Cardiobase®* do serviço). Quanto à UHICV esta estava munida com equipamento de alta tecnologia, com equipamento de angiografia e para o estudo funcional coronário, bem como equipamentos de suporte vital, incluindo ventilação invasiva (Serviço Nacional de Saúde, 2022). Tinha capacidade para realização de cateterismo cardíaco de diagnóstico e de intervenção terapêutica endovascular, coronária, carotídea, renal e membros. Procedia-se também à implantação ou substituição de dispositivos de estimulação elétrica (*pacemaker*) temporária ou definitiva e brevemente à implementação de cardioversor-desfibrilhador implantável (CDI). Salientar que em 2021, este serviço apresentou o melhor desempenho de entre os hospitais do mesmo grupo, no que diz respeito ao indicador: Volume de Angioplastia Percutânea Transluminal de Artérias Coronárias (PTCA) com um valor de 271 (Serviço Nacional de Saúde & Administração Central do Sistema de Saúde, 2022).

A equipa de saúde era composta por 15 enfermeiros sendo que alguns elementos da UCIC, desempenham funções também na UHICV, proporcionando assim uma maior polivalência na prestação de cuidados. Dos 15 enfermeiros, apenas cinco eram especialistas, não se verificando, o cumprimento da recomendação da OE no Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro, na qual se sugere que nas equipas das Unidades de Cuidados intensivos 50% sejam EE em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à PSC, em permanência nas 24 horas, devendo idêntica regra ser assegurada na constituição de cada turno e nas unidades de cuidados intensivos de nível I e II, assegurar o rácio de 12 horas de cuidados de enfermagem especializados por cada oito PSC, em todos os dias da semana (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Faziam parte da equipa, também, nove médicos, 12 assistentes operacionais comuns ao serviço de internamento de cardiologia, quatro técnicos de cardiopneumologia e um assistente técnico. Em cada turno na UCIC estavam escalados dois enfermeiros, não existindo formalmente, um enfermeiro coordenador, no entanto de uma forma cordial e consensual, esta função era assumida pelo enfermeiro mais experiente na unidade, sendo a gestão feita no seio da equipa que estava em funções no turno. A distribuição de pessoas a cuidar era realizada de acordo com a sua complexidade, sendo a prestação de cuidados organizada, segundo o método individual de trabalho. Diariamente cada enfermeiro era responsável por cuidar de duas a três pessoas durante o seu turno

(consoante a sua complexidade). Na UHICV existia uma equipa específica alocada diariamente das 8h-18h constituída por um cardiologista intervencionista, um enfermeiro, com formação e treino especializado na área da hemodinâmica, dois técnicos de cardiopneumologia e um assistente operacional. Após as 18h existia uma escala de prevenção até as 8h do dia seguinte. De ressaltar que existiam, apenas quatro enfermeiros com formação hemodinâmica, no seio da equipa de enfermagem, sendo apenas um especialista na área MC. Por ser uma unidade de exames especiais, a OE (2019) recomenda a existência de um posto de trabalho, a que corresponde um enfermeiro por sala, excetuando-se aquelas que implicam sedação que eleva para dois enfermeiros por sala, um deles preferencialmente EMC na área de Enfermagem a Pessoa em Situação Perioperatória. Em procedimentos invasivos com técnica asséptica cirúrgica deve acrescer um enfermeiro não fazendo referência à necessidade de ser EMC na área de Enfermagem à PSC (Ordem dos Enfermeiros, 2019), no entanto tendo em conta as características da pessoa cuidada, estas unidades devem incluir enfermeiros EMC na área de enfermagem à PSC (Ordem dos Enfermeiros, 2020), logo a existência de apenas um especialista era parca e poderia comprometer a segurança e qualidade dos cuidados prestados, apesar dos restantes serem considerados peritos.

2. ANÁLISE CRÍTICA DE ATIVIDADES

O enfermeiro deve possuir um conjunto de conhecimentos, capacidades e competências que possa mobilizar em contexto de prática clínica e que lhe permitem avaliar as necessidades de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Torna-se competente quando tem consciência dos seus atos e consegue analisá-los de forma crítica e reflexiva, planeando e priorizando as suas intervenções adequadamente (Benner, 2001). O pensamento crítico-reflexivo aliado ao conhecimento científico, torna-se fulcral para a promoção de uma enfermagem de qualidade (Almeida, 2010).

Assim sendo, tendo como base as Competências Comuns do EE estipuladas no Regulamento 140 da OE de 6 de fevereiro de 2019 e as Competências Específicas do EE em Enfermagem em PSC compreendidas no Regulamento 429/2018 de 16 de julho, serão abordadas de uma forma crítico-reflexiva, as vivências e aprendizagens consolidadas, durante os três EC anteriormente apresentados.

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro da OE, o enfermeiro deve possuir quatro domínios de competências comuns: a responsabilidade profissional, ética e legal; o domínio da melhoria contínua da qualidade; o domínio da gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Ao EE é reconhecida a competência científica, técnica e humana para conceder cuidados de enfermagem especializados. Estas competências permitem avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem e contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Os enfermeiros estão adstritos, no respeito pela *leges artis*, ao cumprimento dos deveres éticos e princípios deontológicos (Decreto-Lei n.º 247/2009, de 22 de setembro Art.º 8). Estes devem adotar uma conduta responsável e ética atuando com respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (Ordem dos Enfermeiros, 2019). “O doente internado tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana” (Ministerio da Saúde, s/d, p. 2), este trata-se do primeiro e mais importante direito das pessoas alvo de cuidados, respeitando a individualidade de cada uma. No EE, estes princípios deverão estar ainda mais presentes no exercício das suas funções quotidianas, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, ou seja, compreender que as suas condutas devem respeitar a dignidade e os direitos humanos. De forma a evidenciar estes princípios, na tomada de decisão, ao longo dos EC, foi desenvolvida uma reflexão crítica das práticas atuais,

alicerçadas no Código Deontológico inserido no Estatuto da OE (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro) e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro). Torna-se clara a ligação entre os direitos humanos e a deontologia profissional do enfermeiro, existindo uma relação de suporte ético e legal centrada na responsabilidade que o enfermeiro assume pelo outro e pelos cuidados que este necessita (Sousa, 2008).

A agitação, a aceleração e o tecnicismo levam a que muitas vezes, seja esquecido que o foco dos nossos cuidados é a pessoa, um ser humano, dotado da sua individualidade dos seus valores, crenças e opiniões, contribuindo para um afastamento da ética do cuidado, da base do relacionamento, criando momentos de indiferença e afastamento (Marques, 2002). Como define a OE (2001, p. 8), a pessoa é um ser social com comportamentos sustentados em valores, crenças e desejos de natureza individual, tornando cada pessoa num ser único e com uma dignidade própria. Exercer funções num serviço onde as condições de trabalho são tendencialmente desfavoráveis, isto é, com sobrelotação de pessoas, contribui para que a prestação de cuidados suceda de uma forma mais rotineira e mecanizada, sendo fácil, automatizar os procedimentos, descurando a “sensibilidade” necessária, para o que verdadeiramente importa na prestação de cuidados que é a “pessoa” (Pinho, 2012). Durante as experiências nos contextos de EC, houve um foco de atenção nos direitos humanos, onde se salvaguardou sempre a privacidade e a intimidade da pessoa.

Os serviços onde foram desenvolvidos os EC, pela sua complexidade e ambiente, promovem só por si sentimentos de intimidação aos familiares e PSC. Mas, mesmo nestes contextos desafiantes, é possível garantir a privacidade e estabelecer relações terapêuticas eficazes. Nos contextos formativos em que eles se desenvolveram, foi possível manter a privacidade da PSC, alocando-a sempre que necessário numa sala individual. Mesmo na ausência desta sala as pessoas eram encaminhadas para um espaço mais resguardado. Se de todo não era possível salvaguardar este direito, havia o cuidado de adotar um tom de voz mais adequado perante a PSC, de forma a manter a discrição na comunicação, assegurando a confidencialidade e a segurança da informação. Assim, foi possível aprimorar competências na gestão das práticas, que podem comprometer a segurança ou a dignidade da pessoa zelando pela sua privacidade.

A capacidade de questionar e refletir sobre a atuação é uma responsabilidade ética e profissional, exigida a qualquer enfermeiro com destaque para os EE. Foi valorizada, nestes contextos, a validação da informação transmitida à pessoa e cuidadores, o que contribuiu para o estabelecimento de uma relação de confiança e conseqüentemente uma maior satisfação

da pessoa/família relativamente aos cuidados prestados. Facto que não se pode descurar, por ser um indicador de qualidade para obtenção de ganhos em saúde.

Quando a PSC reúne condições, é importante envolvê-la no seu processo de cuidados, esclarecendo e informando as intervenções em curso, fazendo-a sentir-se agente ativo do seu processo de saúde, contrariando sentimentos de vulnerabilidade, sendo o papel do enfermeiro o de promover a PSC como um agente de autocuidado (George, 2000). O consentimento informado, esclarecido e livre, é uma demonstração do respeito pelo ser humano e pela sua autonomia. Estando inserido na Constituição da República Portuguesa que consagra, no seu artigo 25.º, o direito universal à inviolabilidade da integridade moral e física e a Lei de Bases da Saúde que operacionaliza este conceito na Base 2 com o direito do cidadão a ser informado sobre a sua situação, e alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado, permitindo a decisão de receber ou recusar a prestação de cuidados que lhe é proposta (Assembleia da República, 2019). Deve ser utilizada uma linguagem clara e acessível, de forma verbal e escrita e conter em si, duas noções indissociáveis, a de compreensão e a da autonomia (Direção-Geral da Saúde, 2015). O enfermeiro tem o dever de esclarecer devidamente a pessoa sobre os cuidados a prestar e prestados, na medida das suas competências, assegurando a efetividade do consentimento informado (Decreto-Lei n.º 247/2009, de 22 de setembro, artigo 8.º). Cabe ao profissional responsável pela prescrição e/ou execução do ato a explicação e obtenção do consentimento. No entanto, nem sempre assim acontece, sabendo que é dever do profissional de saúde obter e/ou consultar o consentimento informado da pessoa que recorrem aos cuidados de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2015), como futura EE, esta ideia é de especial importância. O EE deve sempre confirmar e validar com a pessoa, o conhecimento que esta detém sobre a sua situação clínica, assegurando que esta recebe informação apropriada para consentir o tratamento ou procedimentos (Nunes, 2013). Um dos maiores constrangimentos associados a esta realidade é a baixa literacia em saúde, esta, está diretamente relacionada com o conhecimento que as pessoas possuem sobre a sua doença (Paz, Mantovani, Mercês, Mazza, & Silva, 2020). Como se encontra preconizado na Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, artigo 105º, capítulo VI do REPE o enfermeiro deve certificar que a mensagem é compreendida por parte da pessoa a cuidar.

Nestes contextos quando surgem dificuldades, os enfermeiros deverão adotar estratégias facilitadoras, construindo estratégias de resolução de problemas em parceria com a pessoa, como por exemplo, no caso vivenciado de uma situação, na qual a barreira linguística condicionava o esclarecimento da PSC. Para a sua resolução recorreu-se a uma plataforma- *Google Tradutor*®- permitindo reduzir as diferenças linguísticas promovendo uma melhor

compreensão, aceitação e colaboração da pessoa. Ocorreu outra situação, na qual a pessoa manifestava receio em realizar o cateterismo cardíaco sendo o procedimento apenas realizado no dia seguinte, após melhor esclarecimento e com o consentimento livre da mesma, respeitando assim a sua vontade. Quando existe uma preparação adequada da pessoa a mesma percebe mais claramente a sua patologia e a adoção de determinados comportamentos na prevenção da doença. A prática deste cuidado é possibilitada pelo enfermeiro através da educação em saúde, que o conduz a adesão de condutas terapêuticas, tornando-o agente de autocuidado.

Nas VVC e em situações de emergência, os Princípios da Beneficência/Não-Maleficência deverão ser respeitados sobrepondo-se ao da autonomia. Não existindo tempo para o consentimento da PSC, deverá imperar a rapidez na atuação. Assim, deve prevalecer o dever de agir perante do Princípio da Beneficência consagrado na ética da saúde (Direção-Geral da Saúde, 2015). Em prole deste Princípio, deve ser considerado o Consentimento Presumido nos casos da pessoa inconsciente ou PSC.

Perante uma PSC com alteração do estado de consciência, sedadas, analgesiadas e/ou curarizadas, o papel do EE é fundamental e jamais deve descurar a sua situação de vulnerabilidade. De origem latina, vulnerabilidade, remete-nos para a “suscetibilidade de se ser ferido” (Neves, 2006, p. 158). O “respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade individual” constitui um dos princípios éticos da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, de 2005 e este princípio levantou a questão acerca da efetiva participação da pessoa nas tomadas de decisão dos cuidados de que necessita. Na incapacidade/impossibilidade de tomada de decisão no processo de tratamento, de que forma podemos salvaguardar a vontade e a liberdade da pessoa? No SMI abordam-se, com mais frequência, os temas de DAV (Diretiva Antecipada de Vontade) e DNR (Decisão de Não Reanimar). As DAV são muito importantes na salvaguarda dos reais interesses da pessoa, desde que esta seja maior de idade, capacitada para a tomada de decisão, não se encontre interdita ou inabilitada por anomalia psíquica, que manifeste antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que respeita aos cuidados de saúde que deseja, ou não, receber, em caso de se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal (Assembleia da República, 2012). Nesta situação, é responsabilidade do enfermeiro zelar pelas manifestações expressas dadas pela pessoa, nomeadamente em situação de fim de vida (Assembleia da República, 2015). Apesar das DAV já existirem há dez anos, constatou-se que todas as PSC, a quem se prestou cuidados, durante o EC, não tinham testamento vital válido, não existindo no Registo de Saúde Eletrónico (RSE) as suas DAV.

Atualmente com acesso a tanta informação, verifica-se que poucos conhecem ou manifestam, este seu direito, obrigando os profissionais de saúde a recorrer aos familiares, (na expectativa que estes conheçam as suas vontades) de forma a apoiar a sua tomada de decisão perante a vida da PSC. É consensual, que a possibilidade de se encontrar numa situação terminal não seja facilmente aceite, quer pela população, quer pelos profissionais e cuidadores (Cogo, Lunardi, Quintana, Girardon-Perlini, & Silveira, 2017) afastando a necessidade de preencher as DAV. Após conversas informais, com os vários profissionais, constatou-se que deveria existir mais divulgação e esclarecimento, relacionado com as DAV, cabendo aos profissionais de saúde capacitar as pessoas com informações em relação à sua saúde e aos cuidados de saúde propostos (Carvalho, Santos, & Pereira, 2020).

A não existência de DAV, pode retirar o papel ativo da pessoa, tornando-a um sujeito passivo de vontade, sempre que esta esteja incapacitada de o fazer, comprometendo o princípio da autonomia e da liberdade pessoal. Contudo, nas situações de urgência ou de perigo imediato para a vida, a equipa responsável não tem, obrigatoriamente, de ter em consideração as DAV, uma vez que o acesso às mesmas pode implicar uma demora, que agrave previsivelmente os riscos para a vida ou a saúde da PSC como refere o artigo 6 alínea 4 da Lei Nº 25/2012 de 16 de julho, este conhecimento não deve ser descurado pelos enfermeiros que tem como responsabilidade advogar as vontades das pessoas que cuidam.

A DNR poderá ser considerada nas situações de doença terminal, sendo uma forma de limitação do esforço terapêutico e não devem ser iniciados procedimentos de reanimação nas situações em que a decisão foi tomada. É competência do médico assistente a avaliação e a adoção desta decisão. No entanto, nas instituições onde decorreram os EC, esta decisão foi discutida com a equipa, da qual o enfermeiro fazia parte. Durante o EC no SMI presenciou-se o adiamento da DNR com base na opinião do enfermeiro e a situação revelou um desfecho favorável, o que demonstra a importância dos enfermeiros neste processo de tomada de decisão.

Após a decisão de DNR, todas as etapas ficam documentadas no processo clínico e registadas em impresso próprio, sendo a pessoa e/ou seu representante legal informados. A família é contactada e pode vir visitar o familiar, a qualquer hora, a fim de se despedir. Para este processo foi percecionado como fator facilitador, a existência diária de uma reunião de serviço, na qual estava presente o enfermeiro gestor. Nestas situações, a função do enfermeiro é promover medidas de conforto, pois este é identificado como um componente do cuidar em enfermagem. Os comportamentos de fuga à realidade da morte sujeitando a pessoa à reanimação ou à obstinação terapêutica, quando o desfecho é irreversível deve ser evitado, sob pena da agressão do procedimento sem benefícios (Apóstolo, 2009).

Quanto à premissa de que os cuidados de enfermagem devem compreender e respeitar o outro numa perspetiva multicultural e abstendo-se de juízos de valor (Morais, 2012), é algo que entendo ser necessário melhorar. O “abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida” (Assembleia da República, 2015) no artigo 102 alínea e) nem sempre é fácil. Foi possível verificar esta situação, aquando da prestação de cuidados às PSC com COVID-19 não vacinadas, em que facilmente se ajuíza as decisões dos outros, comparando-as com as nossas crenças. Neste contexto depreende-se a necessidade de desenvolver estratégias de desenvolvimento pessoal e gestão emocional, de forma a trabalhar a empatia com o outro.

Nos EC vivenciaram-se situações em que os princípios da igualdade e da justiça foram claramente respeitados, nomeadamente no racionamento de uma medicação (Dexdor®) escassa a nível da farmácia hospitalar, mas importante para as PSC, houve uma preocupação acrescida no pedido extra da mesma e no seu doseamento de forma a garantir o acesso igualitário a todas as PSC. Ainda dentro da dimensão ética, falando de justiça distributiva, a nível da gestão de camas, constatou-se uma preocupação constante, por parte das equipas, na articulação com todos os serviços do hospital, no sentido de desocupar/disponibilizar camas para outras possíveis pessoas a cuidar, rentabilizando sempre os recursos disponíveis.

Relativamente à tomada de decisão, a interdependência configura-se simplesmente em relação ao início do processo prescritor e quando outro profissional prescreve, é o enfermeiro que assume a responsabilidade pelos seus próprios atos e decisões (Nunes, 2006, p. 10). Nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem a OE (2001), a tomada de decisão é um processo sistematizado em que se efetua a identificação das necessidades dos cuidados de enfermagem à pessoa, família ou comunidade, definindo as intervenções para o problema identificado. Sendo estas prescritas como forma de evitar complicações, detetando precocemente potenciais riscos e resolvendo ou minimizando os reais problemas da pessoa. Constatou-se essa tomada de decisão, por exemplo, aquando da decisão de iniciar levantar ou não. Verificou-se uma tomada de decisão sustentada, pelo EE, respeitada e aceite pelos vários profissionais de saúde, evidenciando-se a posição de competência esperada num EE. A autonomia tem de refletir-se em qualquer tomada de decisão, inevitavelmente ligada à capacidade, à obrigação profissional e ao compromisso – e mandato social - que assumimos (Nunes, 2006). A consciencialização da importância da responsabilidade profissional leva a que as tomadas de decisão e as atitudes do profissional, sejam no sentido de contribuir para a agilização de um diagnóstico precoce, devendo o enfermeiro adquirir um papel dinamizador dentro da equipa, garantindo que a pessoa tenha acesso ao diagnóstico e aos cuidados mais

adequados à sua situação clínica no menor tempo possível como aludido no artigo 104º do Código Deontológico (Assembleia da República, 2015). Os enfermeiros têm uma atuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde (Ministério da Saúde, 1996) e durante EC esteve presente essa complementaridade, o trabalho em equipa, respeito e valorização entre todos os elementos da equipa, em que todos são entendidos como elos imprescindíveis no cuidar de excelência.

2.1.2. Domínio da melhoria da qualidade

Existem vários modelos de acreditação da qualidade das organizações de saúde, que solicitam junto das instituições de saúde uma nova filosofia e a incorporação de normas e procedimentos que garantam a qualidade e segurança dos cuidados prestados. É com Avedis Donabedian que surge o movimento moderno da avaliação da qualidade na saúde, para ele a qualidade deve ser avaliada tendo em conta : a estrutura (instalações, equipamentos, profissionais e aos próprios locais e modelos de organização do trabalho); o processo (as atividades prestadas, incluindo-se as tomadas de decisão ao nível do diagnóstico, terapêutica e ações preventivas) e os resultados (níveis de saúde, custos associados, à satisfação das pessoas beneficiárias dos cuidados) (Pereira, 2013).

Na melhoria da qualidade o EE tem uma função fundamental, deve ser dinamizador, procurando o desenvolvimento e apoiando iniciativas estratégicas institucionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Para esta gestão é importante a implementação de programas de melhoria contínua baseados na avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas. Como tal, é imprescindível que sejam mensuráveis por meio de indicadores a fim de avaliar o impacto e a evolução que as medidas implementadas produziram (Rocheta, 2018). Qualidade em saúde é definida como “a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão” (Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, 2015, p. 13550) e estes cuidados devem corresponder às necessidades e expectativas do cidadão. Assim, a existência de padrões de qualidade, permitem às instituições desenvolverem projetos de melhoria da qualidade dos cuidados.

É importante saber onde nos encontramos e onde queremos chegar, devendo o EE participar na definição das metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível institucional, fazendo uma análise e o planeamento estratégico da qualidade dos cuidados. Um dos indicadores de qualidade comum aos dois Centros Hospitalares onde decorreram os EC é o risco de queda. Um dos objetivos estratégicos inseridos no Plano Nacional para a Segurança

dos Doentes 2015-2020, aprovado no Despacho n.º 1400-A/2015 é a prevenção de ocorrência de quedas (Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, 2015) mantendo-se esta preocupação, com as práticas seguras em ambientes seguros, no novo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2021). As quedas são uma das principais causas de internamento hospitalar estando na origem de uma significativa morbilidade ou mortalidade. O seu impacto pode ser enorme e com consequências pessoais, familiares e sociais, para além das implicações financeiras nos serviços de saúde. Assim, é preconizada a avaliação da escala de Morse e adotadas as medidas universais para prevenção de quedas (ex.: uma gestão segura do ambiente, manter cadeirão/cadeira de rodas/maca/cama travados, manter maca/cama na cota zero, elevação das grades das camas/macacões). Outro dos indicadores, também comum aos dois Centros Hospitalares, é a taxa de incidência de úlceras de pressão. As úlceras de pressão são um problema de saúde pública mundial e um indicador da qualidade dos cuidados prestados. Para além do impacto na qualidade de vida das pessoas, estas estão na origem do aumento de dias de internamento e readmissões hospitalares e, por conseguinte, do aumento dos encargos para os serviços de saúde. Cerca de 95% das úlceras de pressão são evitáveis através da identificação precoce do grau de risco utilizando um dos instrumentos de avaliação recomendados pelas entidades internacionais, como é o caso, da escala de *Braden*. A avaliação do risco, a prevenção e o tratamento das úlceras de pressão são intervenções a valorizar, pelas consequências que imprimem na pessoa cuidada (Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, 2015), como EE na prestação de cuidados, estas premissas devem estar ainda mais presentes, e devem ser supervisionadas nos cuidados prestados pelos pares.

A nível do SUMC, no momento em que decorreram os EC, estavam traçados os seguintes objetivos de qualidade: a correta higienização das mãos, a realização de TM conforme (com uma taxa de conformidade de 90%) e a elaboração de registos de enfermagem em pessoas que permanecessem mais de oito horas no SU, no entanto, não foram conhecidos os resultados. Estes, não eram afixados, nem partilhados de uma forma regular com os profissionais de saúde. Tal fato condiciona a avaliação da qualidade das práticas por parte dos enfermeiros e reduz a possibilidade de um planeamento de programas de melhoria contínua. As auditorias podem ser uma ferramenta valiosa, a ser utilizada pelo EE, para identificar os riscos ou problemas apresentados numa instituição, e verificar conformidades entre as boas práticas e as práticas realizadas, permitindo realizar análises que contribuem para a sua melhoria (Castro, et al., 2020).

Os registos e a continuidade dos cuidados de enfermagem, mantendo a qualidade dos cuidados foi um princípio observado. A uniformização dos registos de enfermagem, nomeadamente na avaliação da PSC, obedecendo à sequência *Air Breath Circulation Disability Exposure* “ABCDE”, estabelecida pelo *American College of Surgeons*, adaptada da sequência “ABC” da *American Heart Association* (Ordem dos Médicos, 2009) é uma estratégia que o EE pode e deve integrar na sua prestação de cuidados que se exige como diferenciada.

Relativamente à PSC, o seu percurso, desde a entrada na instituição até ao serviço de internamento, é efetuado em contato com vários profissionais e serviços, daí que, em todo este processo a transmissão de informação ganha uma elevada importância. São momentos que até podem não ser valorizados pelos profissionais, mas que são de transição de cuidados considerados vulneráveis para a PSC (Direção Geral da Saúde, 2017). Uma correta comunicação na transição dos cuidados de saúde é necessária para melhorar a segurança da pessoa a cuidar e contribui para a diminuição dos eventos adversos. Por isso, a Direção-Geral da Saúde (DGS) criou a norma n.º 001/2017, onde definiu as transições seguras de cuidados e a importância na implementação de uma comunicação eficaz entre as equipas prestadoras de cuidados (Direção Geral da Saúde, 2017).

A comunicação entre os profissionais de saúde, é consensualmente apontada como decisiva na garantia de cuidados de segurança (Gomes, 2011). Neste SUMC, a comunicação, foi identificada, como um aspeto a ser melhorado. A relevância da transferência de informação a quando da passagem de turno (*handover*), ficou algumas vezes comprometida, devido reforço da equipa de enfermagem por elementos de outros serviços e à inexperiência da equipa que é muito jovem. Considerando que a equipa é muito jovem, a passagem de turno pode e deve funcionar, como um suporte emocional aos enfermeiros, pois é um momento de troca de experiências, onde é promovida a socialização e a integração na equipa (Santos, Grilo, Andrade, Guimarães, & Gomes, 2010). No entanto, dadas as características peculiares do SU, nomeadamente a possibilidade de ocorrência de interrupções frequentes, pode culminar em falhas na comunicação graves. Estudos demonstram que a falta de tempo, as interrupções e uma elevada carga de trabalho são barreiras à comunicação, originando lacunas de informação acerca das condições da PSC, podendo levar a diagnósticos e procedimentos incorretos. Deste modo, uma passagem de turno destruturada contribui para erros, omissões, eventos adversos, aumento da duração de internamento ou reinternamentos evitáveis e aumento de custos (Antunes, 2019).

Para fazer face às lacunas encontradas, e após entrevistas informais com a enfermeira orientadora de estágio e alguns colegas da equipa de enfermagem, verificou-se ser consensual que a existência da folha de passagem de turno já existente, com linhas

orientadoras e os pontos importantes a reter era útil, mas poderia ser melhorada, de forma a minimizar riscos associados a perdas de informação. Neste seguimento durante o EC foi desenvolvido um documento de passagem de informação no serviço (Apêndice I), baseada na metodologia ISBAR (Identificação; Situação; Antecedentes; Avaliação; Recomendações). De acordo com a DGS (2017), esta é uma das estratégias que garante a eficácia da comunicação, é uma ferramenta de padronização de comunicação em saúde, com o uso de uma mnemónica, ISBAR, permite ser um auxiliar de memória que permite memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal.

Este SUMC tem sofrido obras constantes, o que contribui para a existência de desordem, locais improvisados de materiais e equipamentos, conduzindo à desorganização estrutural que pode originar desperdício de tempo e de material. O EE deve cooperar na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano, reorganizando alguns espaços. Neste aspeto as aulas de gestão sobre qualidade, foram muito proveitosas porque me ajudaram a perceber como reorganizar alguns espaços, nomeadamente a nova SE, com oportunidade de melhoria, aumentando a eficiência e eficácia, diminuindo o desperdício utilizando os princípios básicos do pensamento *Lean* (Separar, Organizar, Limpar, Padronizar e Sustentar). Este é uma abordagem metódica, na qual se identifica e elimina o desperdício nos processos, procurando agregar qualidade e entregar valor à pessoa (Magalhães, Erdmann, Silva, & Santos, 2016).

O EE deve garantir a segurança na administração de substâncias terapêuticas, adotando medidas de segurança relativamente aos cuidados no manuseamento e administração de terapêutica, sendo importante a existência de um local apropriado para preparação de medicação, e a sua desinfeção, após cada utilização. O recurso a sinalética como forma de alerta, para medicação com princípio ativo igual, mas com dosagens diferentes, é muito útil, a fim de evitar erros de medicação. Assim como alertar para medicamentos que apresentam nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante que podem ser confundidos, originando trocas entre si, utilizando o sistema *Look Alike Sound Alike* (LASA) como no Centro Hospitalar onde decorreram os EC II e III (Godinho, Carreira, & Martins, 2018).

Quanto ao SMI estão traçados os seguintes indicadores de qualidade: Taxa Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação (PAV); Taxa de infeções do trato urinário associadas a Cateter Vesical (CV); Taxa de infeções associadas ao Cateter Venoso Central (CVC), que são comuns aos outros SMI a nível nacional. Tratam-se na sua maioria de indicadores de resultados, ou seja, referem-se aos resultados alcançados e que são sensíveis aos cuidados de enfermagem. Logo todos os procedimentos e protocolos instituídos vão de encontro às boas práticas, no sentido de obter os melhores resultados nesta área. Face ao indicador da

taxa de incidência de PAV, verificou-se uma preocupação por parte dos enfermeiros em seguir e instituir as *guidelines* mais atualizadas como a higiene da cavidade oral com clorhexidina a 0,2%, pelo menos, uma vez por turno, a elevação da cabeceira entre os 30° e os 45°, manter circuitos ventilatórios, substituindo-os, apenas quando conspurcados ou não funcionantes conforme a norma 21/2015 de 16 de dezembro da DGS (Direção-Geral da Saúde, 2017). Sendo muito importante o enfermeiro estar atualizado, pois constantemente estão a ser publicados estudos e é fundamental a adoção de uma prática baseada na evidência de forma a garantir a qualidade dos cuidados prestados. O serviço é dotado de muitos protocolos, vários procedimentos e instruções de trabalho aos quais os profissionais de saúde já estão bem familiarizados. A existência de protocolos de atuação uniformiza os cuidados prestados, visando a padronização das ações e facilita a abordagem terapêutica à pessoa a viver processos de doença complexos (Fernandes, 2015) desta forma, todos os profissionais perante determinada situação, sabem como atuar. Estes, dão mais autonomia aos enfermeiros, mediante a análise dos sinais e sintomas da PSC, conduzem a uma tomada de decisão do enfermeiro refletida e fundamentada e melhoram os cuidados prestados, pois obtém o tratamento com mais prontidão e exatidão. A criação de protocolos torna-se uma mais-valia numa unidade tão diferenciada, e enquanto enfermeiros, não nos devemos esquecer que o seu desenvolvimento faz parte das nossas obrigações. Segundo o REPE, os enfermeiros, “participam na elaboração e concretização de protocolos referentes a normas e critérios para administração de tratamentos e medicamentos”, e – artigo 9º, alínea 6.c), “os enfermeiros contribuem (...) para a melhoria e evolução da prestação de cuidados de enfermagem, nomeadamente: propondo protocolos e sistemas de informação adequados para a prestação dos cuidados” (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, p. 2961) - artigo 9º, alínea 4.f). Inserem-se nos protocolos internos: a administração de potássio em situações de hipocaliemia; a avaliação ocular da PSC; a extubação traqueal; a insulinoaterapia- Protocolo de Yale; a introdução da alimentação oral em pessoas traqueostomizadas; a nutrição entérica na PSC e a técnica de substituição renal, tendo sido possível presenciar e participar em todos eles.

2.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

O EE realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas (Ordem dos Enfermeiros, 2019). É desafiante gerir e promover a qualidade dos cuidados prestados, perante recursos limitados, necessidades crescentes e simultaneamente alcançar os objetivos do serviço e os organizacionais. Considerando a enfermagem como a profissionalização da capacidade humana de cuidar, é dever do enfermeiro contribuir na gestão e coordenação dos serviços de

saúde (Silva, 2017). Atualmente não é possível separar a gestão da liderança, esta é essencial na vida profissional do enfermeiro, pois estar apto para se comunicar com o grupo, ser capaz de apontar soluções para os conflitos e ter iniciativa na tomada de decisão são atributos que garantem um desempenho satisfatório na arte de cuidar (Ribeiro, Santos, & Meira, 2006).

Nestes EC, houve a oportunidade de acompanhar o enfermeiro coordenador, essa experiência permitiu uma partilha de conhecimentos e desenvolver uma perspetiva reflexiva diferente. Sendo gratificante aprender novas perspetivas de gestão e sentindo ainda mais a responsabilidade desta função.

No processo de desenvolvimento destas competências, foi muito proveitoso ter acompanhado o enfermeiro coordenador no desempenho das suas funções, de organização, coordenação, execução e supervisão, quer no SUMC quer no SMI. Este colaborou com o chefe de equipa médica e com o diretor de serviço, no sentido de tomar as melhores decisões para os problemas que iam surgindo.

No SUMC, de acordo com os postos de trabalho estipulados, competia ao enfermeiro coordenador avaliar a sua equipa no início de cada turno, organizar e fazer os ajustes dos rácios enfermeiro/PSC e assistentes operacionais conforme a situação, otimizando o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Neste processo este tem de garantir a segurança e qualidade das tarefas delegadas, de acordo com o REPE, “os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de Enfermagem” (Decreto-Lei 161/96 de 4 de setembro, p. 2961), avaliando a execução das tarefas delegadas. Em contexto hospitalar, muitos enfermeiros delegam tarefas aos assistentes operacionais, assumindo essa responsabilidade de acordo com a Lei nº 156/2015 de 16 setembro (2015), sendo a delegação de tarefas adequada uma das formas de gerir os recursos existentes.

A importância de uma monitorização correta e atualizada de PSC, conhecer o número de transferências, o número de macas/camas disponíveis e utilizadas, supervisionar as necessidades e dificuldades de cada posto de trabalho, etc., são funções vitais para o bom funcionamento dos serviços. Nos serviços prestadores de cuidados de saúde, além da gestão de cuidados é necessário gerir a logística ao nível de várias atividades. Desde a gestão mais global à gestão mais restrita, é necessário, gerir o fluxo de materiais, mercadorias, dispositivos médicos, medicamentos e outros produtos de saúde, dados das pessoas, etc. e controlar toda a informação relacionado com esses mesmos fluxos físicos, assegurando a sua qualidade e segurança até à pessoa cuidada.

Os requisitos de uma gestão física dos stocks eficiente são, garantir o bom funcionamento da receção, a especificidade das instalações e do equipamento de armazenamento, as condições de higiene e segurança das instalações, de forma a assegurar que as operações realizadas com os stocks, desde a sua entrega até à sua saída para a pessoa cuidada, sejam executadas com eficiência e eficácia e em tempo oportuno. Num sistema logístico, são desenvolvidas várias atividades com o objetivo de disponibilizar à pessoa o produto certo, na quantidade certa, no tempo certo, no local certo, ao custo mínimo (Carvalho, 2012).

O enfermeiro coordenador tem ainda um papel fundamental, no que diz respeito à reposição de stock terapêutico, gerindo os pedidos efetuados à farmácia, assim como, a receção e distribuição dos fármacos pelos carros de apoio das diferentes áreas do serviço. Neste SUMC, a reposição dos fármacos nas salas de trabalho era da responsabilidade do serviço farmacêutico, possibilitando aos enfermeiros maior disponibilidade para com a pessoa a cuidar.

A gestão dos cuidados, a utilização de recursos de forma eficiente implica uma gestão dos consumos materiais e farmacológicos, quer no SMI e na UCIC, esta é realizada através de um programa de gestão de *stocks*, o que gere eficácia e eficiência nos cuidados prestados. Existem níveis predefinidos de material, de consumo clínico, farmacêutico ou outro, em que é registado o consumo através de um terminal portátil. Esse consumo é enviado de forma automática para a farmácia hospitalar ou para os armazéns de material. O sistema utilizado, denominado *Pyxis®*, permite assim tornar mais curto o circuito tradicional, evitando desta forma falhas de informação e atrasos na reposição, permitindo que os enfermeiros passem mais tempo interagindo com as pessoas (Lee, Wellman, Birdwell, & Sherrin, 1992).

Neste EC, também se efetuou gestão na área da funcionalidade da prestação de cuidados, em SE, assim, realizou-se a inspeção diária do equipamento e material, a reposição de material nas malas de transporte, *kits* de procedimentos (CVC, drenagem torácica, entubação oro traqueal, algaliação e entubação nasogástrica), o que permite rentabilizar tempo numa situação de emergência, em que o tempo é decisivo e uma boa gestão do material é fundamental para uma rápida atuação.

Nestes serviços os desafios emocionais e físicos impostos aos enfermeiros, são propícios a desentendimentos e há necessidade de gerir conflitos quer entre PSC/ familiares quer entre profissionais de saúde. É dever do EE fomentar um ambiente positivo e favorável à prática de enfermagem, sendo importante o uso da comunicação assertiva, com tudo o que ela implica, a escuta ativa, a empatia, etc. O método de trabalho preconizado, nos três serviços onde decorreram os EC, é o método individual. Este método é caracterizado pela responsabilidade individual do enfermeiro na tomada de decisão sobre os cuidados prestados, durante o turno

de trabalho, pela prestação de cuidados globais às pessoas que lhe foram atribuídas. Permite um maior controlo sobre a evolução da pessoa a ser cuidada, promovendo cuidados personalizados e individualizados, alcançando uma melhoria da qualidade, com aumento na satisfação profissional e da pessoa cuidada (Silva, 2017). Através deste método, estabeleceu-se uma relação de maior confiança e segurança com a pessoa internada, tratou-se de uma experiência enriquecedora profissionalmente.

Assistiu-se à realização do horário de trabalho dos enfermeiros, constatando que é tarefa muito difícil, conjugar um equilíbrio justo entre os rácios de enfermeiros por turno com as horas de trabalho semanal garantindo as folgas e descansos legais.

As escalas de avaliação da carga de trabalho de enfermagem são uma ferramenta de gestão importante. Dos instrumentos de medida de carga de trabalho de enfermagem em cuidados intensivos, os mais utilizados em Portugal são: *Therapeutic Intervention Scoring System-28* (TISS-28) e o *Nursing Activities Score* (NAS) (Simões, 2020). O TISS-28 é um instrumento que avalia a quantidade de tempo que cada profissional de enfermagem despende, num período de 24h, em atividades de assistência direta às pessoas internadas em SMI, sem incluir tarefas administrativas. Divide-se em sete categorias de intervenções terapêuticas denominadas: atividades básicas; suporte respiratório; suporte cardiovascular; suporte renal; suporte neurológico; suporte metabólico e intervenções específicas (Padilha, et al., 2005). Este apenas dá enfoque aos procedimentos técnicos e não tem em conta o tempo dispensado à família, ou apoio à pessoa cuidada. Assim a aplicação do NAS seria mais vantajosa uma vez que integra o suporte e cuidados às PSC e familiares (Silva, Martins, Santos, & Oliveira, 2014). Comprovou-se a inexistência de qualquer instrumento de gestão para o planeamento e avaliação das atividades de enfermagem, o que se traduz em dificuldade acrescida nas funções da gestora no sentido de organizar a distribuição diária dos enfermeiros pelas PSC, tendo em conta os cuidados necessários a cada uma delas.

No decorrer dos EC, houve a preocupação em atribuir as funções de enfermeiro coordenador a um EE na área da MC, cumprindo o disposto no Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro (Ordem dos Enfermeiros, 2019), que indica que os chefes de equipa e responsáveis de turno devem ter competências na área da gestão, devendo estas funções, ser asseguradas por enfermeiros detentores do título de EE na área de especialidade em enfermagem adequada às características da unidade ou serviço, neste caso em PSC.

Não sendo possível, cumprir esta diretiva, procurou-se que um enfermeiro coordenador fosse um perito, ou seja, que as suas experiências associadas ao tempo de serviço lhe atribuem, as competências para a excelência das práticas dos cuidados. A perícia profissional é conseguida mediante uma aprendizagem experiencial e “o perito tem uma enorme

experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreendem diretamente o problema sem se perderem com soluções e diagnósticos estéreis” (Benner, 2001, p. 54). Nestes casos, mesmo não sendo EE, possui um conhecimento competente e conhecimentos adequados para exercer eficazmente a função de coordenação.

No SMI o enfermeiro coordenador e o enfermeiro gestor participam na passagem de turno da equipa médica, o que é considerado uma mais valia, pois confere-lhes um papel mais ativo na equipa multidisciplinar, servindo de elo de ligação com a restante equipa.

2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O EE fundamenta os processos de tomada de decisão, o juízo crítico e as suas intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Tendo o dever de assegurar a atualização dos seus conhecimentos, diagnosticando necessidades formativas, procurando assim, a excelência do exercício (Assembleia da República, 2015). Aprender é intrínseco ao ser humano, é através da constante aprendizagem que evoluímos e nos desenvolvemos como pessoas e profissionais. As práticas clínicas são construídas por competências e conhecimentos adquiridos, tornando-se necessário o desenvolvimento da teoria (Benner, 2001). Durante os EC foi possível refletir sobre a constante necessidade de atualização e procura de conhecimento, as diferentes atuações em situações idênticas, levaram à procura de fundamentação teórica aumentando o conhecimento e pensamento reflexivo. “A formação contínua visa aprofundar o grau de desenvolvimento pessoal e profissional” (Tojal, 2011, p. 17). O EE deve utilizar evidências científicas emanadas de pesquisas válidas e com rigor metodológico, aplicando-as na prática do cuidado clínico. Esta prática é a forma segura e organizada de orientar condutas profissionais, dando ênfase à identificação e resolução de problemas, baseado nas melhores evidências científicas (Silva, et al., 2021).

É imprescindível estar sempre bem informado, acompanhando não apenas as mudanças nos conhecimentos técnicos da área profissional, mas também nos aspetos legais e normativos. Para alicerçar os processos de tomada de decisão de uma forma fundamentada, pertinente e atual, pois a tomada de decisão é um processo de análise e de escolha entre as alternativas existentes no curso de ação e implica competência e consciência para que se escolha a alternativa que resulta no objetivo desejado (Oliveira F. d., 2012).

Durante os EC existiu a preocupação de promover a evolução do autoconhecimento, com a adoção de comportamento proativo no processo de aprendizagem. Ao longo destes, e, para fundamentar a prática foram realizadas pesquisas relativamente às situações que foram experienciadas. A pesquisa é uma ferramenta para educar a mente que permite construir e

organizar ideias (Araújo et al., 2015). O facto de trabalhar num SUMC mais diferenciado e de maiores dimensões não limitou a possibilidade de vivenciar novas aprendizagens, nomeadamente no domínio dos conflitos interpessoais e da assertividade. Os conflitos são apontados como um dos fatores, que em ambiente hospitalar, mais interfere na qualidade de vida e condições de saúde mental dos profissionais (Alves, et al., 2019). Tendo sido possível identificar e utilizar ferramentas úteis para a gestão dos conflitos, tais como a técnica dos 5 Eus (Eu vejo; Eu quero; Eu penso; Eu pretendo; Eu sinto), trata-se de uma técnica de assertividade, com a qual é possível dizer o que se pensa de forma adequada, sem ofender o outro (Sequeira, 2016).

Nos EC constatou-se que a formação em serviço e formação pessoal é uma preocupação, existindo quer no SMI quer no SUMC, um calendário de formações mensais destinadas aos vários profissionais do serviço. No SMI foi possível participar em duas formações uma de Suporte Avançado de Vida (SAV) no dia três de novembro de 2021 e a outra sobre tratamento da Asma Exacerbada, no dia nove de novembro de 2021. A partilha de saberes necessita ser recíproca, o EE além de se preocupar em manter-se atualizado e com conhecimentos válidos, deverá atuar como um formador oportuno em contexto de trabalho (Ordem dos Enfermeiros, 2019), procurando ser uma referência para os restantes profissionais.

Durante os EC esta troca de conhecimento foi uma constante e uma prioridade. O acompanhamento, pelos enfermeiros orientadores e professores supervisores, permitiu sustentar as práticas clínicas e ultrapassar os desafios impostos, contribuindo para o desenvolvimento pessoal e profissional. Consequentemente contribuíram para a melhoria dos cuidados prestados às PSC. Em todos os EC foi possível desenvolver um trabalho de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) que tinha como objetivo desenvolver um processo de enfermagem através da descrição de uma situação específica vivenciada. De ressaltar que, com a realização destes trabalhos foi possível aprimorar conceitos e terminologias em linguagem CIPE®, uma vez que não é uma linguagem utilizada diariamente. Esta linguagem, no seio da enfermagem, torna-se importante pois é utilizada em todos os hospitais nacionais permitindo a uniformização de conceitos e a possibilidade de extração de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A receptividade manifestada pelas equipas em colaborarem no desenvolvimento profissional dos pares, contribuiu para uma melhor integração nos contextos clínicos e consequentemente melhores resultados nas performances. Ao integrar a equipa foi possível participar ativamente nos cuidados prestados, mesmos de elevada complexidade e diferenciação, como por exemplo a ventilação mecânica, a hemodiafiltração, a avaliação de *Pulse Contour Contínuos Cardiac Output* (PICCO), a utilização do *cough assist*.

Ainda no treino e desenvolvimento de competências técnicas, na UCIC houve oportunidade de assistir e colaborar na UHICV, prestando cuidados de enfermagem aquando da realização de exames invasivos e na substituição e colocação de dispositivos de estimulação elétrica (pacemaker) definitiva. Esta experiência, permitiu visualizar dinamicamente o funcionamento das diversas técnicas e a sua relação com a sintomatologia e quadro clínico da PSC. A aquisição de conhecimentos, através de uma atuação mais focada, contribuiu para identificar precocemente a instabilidade hemodinâmica, através da leitura prematura das alterações fisiológicas inerentes a essas situações, prevenindo e minimizando a ocorrência de complicações que podem evoluir para uma possível falência orgânica na PSC.

2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Ao EE em enfermagem MC na área da PSC compete cuidar da pessoa e da família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas como conta no Regulamento N.º 429 da OE de 16 de julho de 2018 (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Seguidamente, serão abordadas as competências específicas do EE em PSC desenvolvidas ao longo dos EC.

2.2.1. Cuida da pessoa a vivenciar processos de falência orgânica

O Colégio da Especialidade de Enfermagem MC emanou padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem à PSC considerando que estes cuidados devem ser “altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou várias funções vitais em risco imediato, permitindo assim manter as funções vitais, prevenindo complicações, limitando incapacidades futuras, potenciando uma recuperação máxima da pessoa. Estes cuidados exigem uma observação contínua da pessoa, de forma a detetar precocemente complicações, intervindo de forma precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 3). Os cuidados à PSC podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida, que pode causar a perda de saúde e autocuidado, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a pessoa em risco de vida, devendo a assistência ser realizada de imediato (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Para aplicar e melhorar as competências no cuidado à pessoa a vivenciar processos de falência orgânica, as

experiências vividas na SE do SUMC foram uma notável forma de desenvolver esta competência.

Entende-se por SE o local onde são alocadas as pessoas em situações emergentes, graves e críticas (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019) existindo a oportunidade de prestar cuidados à PSC na antecipação de instabilidade e risco de falência orgânica e de gerir a aplicação de protocolos terapêuticos complexos. Assumindo um papel ativo, com prontidão e dinâmico, abordando a PSC de acordo com os conhecimentos e em articulação com a equipa multidisciplinar, estabelecendo prioridades. Fazendo uma avaliação ABCDE (*Air Breath Circulation Disability Exposure*) da pessoa e sem negligenciar o controlo da dor (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2020). A abordagem ABCDE (*Airway; Breathing; Circulation; Disability; Expose/Environment*) tem como objetivos priorizar a segurança da pessoa; a identificação e correção de situações que implicam risco de vida e a recolha de informações relevantes (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2012). A experiência profissional prévia na área da urgência, contribuiu para uma boa integração e facilidade em identificar os sinais de deterioração do estado de saúde da PSC e tomar decisões. Esta ideia é corroborada por Costa (2016) que defende que os enfermeiros devem reconhecer situações críticas e de vulnerabilidade durante as transições, com o intuito de impedir consequências nefastas e favorecer resultados positivos à saúde.

Para o estabelecimento de um ambiente terapêutico seguro na SE, procurou-se realizar todas as intervenções protocoladas pela equipa dinamizadora desta sala, para uma rápida e mais eficiente prestação de cuidados. Conseguindo identificar melhorias a realizar tendo em vista o bem-estar da PSC. Procurou-se manter um ambiente tranquilo e sereno, pois a constante movimentação de profissionais, o ruído de alarmes, equipamentos, as luzes e a limitação na perceção temporal (perda da noção dia ou noite) aumentam a ansiedade e o stresse das pessoas cuidadas levando à desorientação, delírio e à exaustão (Baumgarten & Poulsen, 2015).

Durante os EC quando a pessoa estava capaz e disponível para apreender a informação, procurou-se estabelecer uma atitude empática que possibilitasse a criação de uma relação de ajuda (Phaneuf, 2004). Demonstrando e treinando técnicas e estratégias de comunicação, perante o cuidado à PSC e família, como seja a utilização de uma linguagem assertiva e empática, através de uma linguagem clara, simples e com um tom de voz adequado. A utilização da escuta ativa foi também uma estratégia utilizada e desenvolvida. Este vínculo foi fundamental para minimizar os sentimentos vivenciados pela PSC tais como o receio dos procedimentos, transmitindo sentimentos de segurança e tranquilidade, gerindo assim a

comunicação interpessoal que é base da relação terapêutica com a PSC e família (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Relativamente ao SMI, existia muita expectativa, pelo EC, por este dar continuidade aos cuidados previamente prestados em contexto de urgência. É um contexto pautado por situações críticas e, como tal, exige uma monitorização hemodinâmica constante, na qual o enfermeiro tem a responsabilidade de fazer uma correta avaliação dos parâmetros resultantes dessa monitorização, estando sensibilizado para sinais de alarme e atuando em conformidade. Assim, através da interpretação, análise de dados e observação da PSC garante a melhoria do processo de cuidar (Venturi, et al., 2016).

Existiu a oportunidade de desenvolver competências técnicas e científicas associadas à monitorização da pressão arterial invasiva, manipulação de linhas arteriais, CVC, técnica de substituição renal (TSR), pessoa ventilada e sujeita a técnicas invasivas, participando na execução de cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa que está a vivenciar processos de saúde/doença crítica e ou falência orgânica. Desta forma foi identificada a necessidade de aprofundamento e consolidação de conhecimentos e competências nesta área que complementam conceitos com a vertente prática. A manipulação e o contacto com os diferentes instrumentos de trabalho foram uma das mais valias deste EC.

Ainda no contexto do SMI, foi possível acompanhar e assistir à ativação da Equipa de Emergência Médica Interna (EEMI), para emergências que ocorram dentro das instalações hospitalares e é composta por um médico e por um enfermeiro do SMI, de ressaltar o trabalho em equipa por parte destes dois elementos. Os critérios para ativação desta equipa estão definidos em procedimento interno, nomeadamente: Paragem respiratória; SatO₂ <90% com oxigénio suplementar (máscara de Venturi FIO₂ 60%); Paragem cardiorespiratória; Pressão arterial sistólica de instalação súbita < 90mmHg; Perda súbita da consciência; Crise convulsiva prolongada e repetida (Serviço Nacional de Saúde, 2022).

A gestão da dor assumiu uma importância significativa nos EC respeitando a Circular Normativa nº 9/DGCG da DGS, de 14 de junho de 2003 (Direção-Geral da Saúde, 2003), na qual a dor deve ser considerada como o 5º sinal vital, tornando-se a sua gestão um direito da pessoa cuidada, um dever do profissional e um passo fundamental para a efetiva humanização dos cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2008). A dor é uma experiência frequente na hospitalização, e nos serviços onde predominam os procedimentos invasivos e agressivos, torna-se necessária a aplicação de instrumentos de avaliação de dor, para se obter uma gestão adequada da mesma (Morete, Mofatto, Pereira, Silva, & Odierna, 2014). Na UCIC a dor associada a alterações cardíacas de natureza isquémica, caracteriza-se pelo desconforto precordial e o enfermeiro é detentor de conhecimentos e competências

para através da implementação de estratégias farmacológicas e/ou não farmacológicas gerir a dor da pessoa. Assim considera-se que a existência de um protocolo para a gestão e controlo de dor seria uma ferramenta muito eficaz e útil na melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com dor, sendo uma competência do EE otimizar as respostas para fazer uma gestão diferenciada da dor na PSC (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A escala mais utilizada no SMI é a *Behavioural Pain Scale* (BPS), esta escala foi desenvolvida para avaliar a dor em pessoas sob ventilação mecânica, incapazes de comunicar verbalmente, sedados e inconscientes. Em situações de PSC capazes de autoavaliarem a dor são adotadas outras escalas de avaliação sugeridas pela DGS (2003) como sejam: a Escala Visual Analógica (EVA), Escala Numérica, a Escala de Faces. Como preconizado a EVA é a preferencial, no entanto são adaptadas as escalas de acordo com as especificidades das pessoas internadas. De destacar que, na pessoa sob sedação ou sem capacidade de comunicar, é útil a utilização de escalas de dor em associação com dados fisiológicos, fornecidos pelos instrumentos tecnológicos. Estes dados, são fontes de informação essenciais para a determinação da presença de dor, conciliando os recursos tecnológicos com a prática do cuidar em enfermagem (Locsin & Purnell, 2015). A preocupação por uma gestão de dor eficaz através de administração de medicação analgésica deve ser utilizada não apenas para tratamento, mas também para prevenção de dor. Por exemplo a administração de analgésicos antes da prestação de cuidados de higiene ou outros procedimentos dolorosos. A maioria das pessoas internadas no serviço estão sob sedo-analgésia, para tolerar os procedimentos e as recomendações vão nesse sentido (Monte, 2013). Pois, o facto de se pensar que estão sedados, não têm dor, é um mito que pode interferir negativamente numa boa gestão de dor e no conforto da pessoa. A sedação era utilizada para aumentar a tolerância ao tubo oro traqueal, tolerar os posicionamentos mais prolongados, evitar desadaptação do ventilador, otimizar a oxigenação, tolerar os procedimentos e garantir a segurança da PSC (Pinto, 2011). A monitorização da profundidade da sedação era realizada com recurso à escala de *Ramsay* e do BIS (*Bispectral Index*). A pertinência do seu uso é descrita por Queiroz, Holanda, Maia e Morais (2012), pela informação que disponibiliza sobre o nível de sedação na PSC especialmente nos estados de bloqueio neuromuscular, sendo uma medida objetiva de sedação para o ajuste de doses da medicação sedativas. No contexto da UCIC a dor, foi uma das queixas mais manifestadas quando procuravam assistência médica, dados corroborados por Baxt, Shofer, Sites, & Hollander (2002). Como tal, foi dado especial realce às intervenções autónomas de enfermagem, a fim de, aumentar a qualidade dos cuidados à PSC, nomeadamente no posicionamento correto, na avaliação e atuação perante a dor.

A família é fundamental no processo de cuidar. Os serviços e o espaço temporal, onde decorreram os EC possuem características singulares que, por si só, são geradoras de *stress* nas PSC e nas famílias. A limitação dos recursos humanos, materiais e de infraestruturas físicas, o sofisticado equipamento com múltiplos alarmes, tudo isto agravado pela existência de obras e pela pandemia, gera que as atenções dos profissionais estejam naturalmente focadas para a PSC, deixando para segundo plano o contato com familiares (Barreto, et al., 2020). Uma situação de saúde/doença é causadora de muito stress, se tal situação coloca em causa a vida da pessoa é possível que surjam perturbações emocionais mais intensas, pelo que cuidar e assistir a PSC/família/cuidador nas perturbações psicológicas decorrentes da situação crítica e/ou falência orgânica está incluído nas competências específicas do EE em EMC, na área de Enfermagem à PSC. É importante que o enfermeiro conheça as principais necessidades sentidas pela família, sendo a visita o momento adequado para as detetar. Abordar a família, acolhendo-a procurando responder às suas dúvidas com honestidade, contribui para diminuir a ansiedade, criando confiança e tranquilidade (Oliveira, 2020).

Aspeto que foi desenvolvido no contexto de aprendizagem, tendo sido promovida a envolvência da família/pessoa significativa sempre que possível, através da disponibilização de informações, agilização de curtas visitas e um adequado acolhimento aos familiares antes da visita (Pacheco, 2018), cumprindo o que refere o Código Deontológico no seu artigo nº. 105 “no respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem” (Assembleia da República, 2015, p. 8079). Em meio intra-hospitalar, esta presença é ainda mais significativa, e é entendida como um processo para a humanização dos cuidados. Esta colaboração e parceria com cuidadores e familiares contribui para a sensação de segurança, como fonte insubstituível de apoio emocional da PSC essencial neste ambiente muito vezes adverso face à multiplicidade e sobrelotação (Gordon, Sheppard, & Anaf, 2010). A possibilidade de uma pessoa poder ser acompanhada por alguém por ela designada é reconhecido e garantido nos termos do nº 1 do Artigo 2.º da Lei n.º 33/2009 de 14 de julho (Assembleia da República, 2009).

Não ter realizado o turno da tarde (das 15h às 23h) limitou a experiência no contacto com a família das pessoas internadas, uma vez que, era neste turno que decorria o período da visita (das 19h às 19h30m). No entanto, observou-se a presença de familiares em situações excecionais verificando a postura e os cuidados da equipa perante a família e colaborando no seu acolhimento. Aquando da admissão nos serviços, existia uma preocupação da equipa multidisciplinar em atualizar os dados pessoais e contactos da família, o objetivo era contactar o cuidador de forma a perceber qual a sua perceção relativamente à situação de saúde da

PSC, avaliando a sua preparação para enfrentar um doloroso processo de doença grave e súbita do seu familiar. Nem sempre eram registados os contactos realizados com a família e respetivas informações facultadas, o que leva ao desconhecimento dos contactos familiares previamente estabelecidos, conduzindo a situações de duplicação ou omissão de informações. A existência de um separador no programa informático para esse efeito poderia minimizar estas situações.

Em tempo de pandemia, foi muito gratificante, experienciar situações de interação e envolvimento PSC-família, quer por telemóvel quer por tablet que as instituições tiveram de adquirir para fazer face à restrição de visitas neste período, de forma a permitir conhecimento da evolução clínica e progressos alcançados por parte da PSC, não nos devemos esquecer que a PSC e a sua família estão expostas e vulneráveis e carecem da intervenção especializada do EE.

O acolhimento da PSC, na UHICV, para ser submetida a cateterismo cardíaco ou a colocação/substituição de pacemaker, iniciou-se com a avaliação inicial (antecedentes pessoais, alergias, medicação administrada) colaborando na sua preparação para o procedimento, assegurando a identificação correta da pessoa e a existência de consentimento informado, livre e esclarecido. Durante o procedimento o enfermeiro deve estar atento à monitorização hemodinâmica, de forma a antever e atuar perante possíveis complicações baseado nos resultados dos exames e estado clínico. No final do procedimento procedeu-se ao encerramento da artéria radial com TR *Band*®, verificando a inexistência de compromisso circulatório e neurológico e realizando ensinamentos. Aquando da transição de responsabilidade de cuidados, a comunicação é importante, devendo ser utilizada como linha orientadora a ferramenta-ISBAR (Direção-Geral da Saúde, 2017), transmitindo os dados pertinentes ao enfermeiro que o recebe (tipo de procedimento, intercorrências, material que foi implantado e recomendações) assegurando uma boa continuidade de cuidados.

Foram aprofundados conhecimentos na área da cardiologia, observando e identificando vários tipos de traçados eletrocardiográficos, existindo partilha de saberes com os profissionais de saúde, que sempre se mostraram disponíveis. Esta experiência permitiu melhorar a prestação de cuidados, em situações de suspeita de patologia cardíaca, sensibilizando para a importância de determinadas técnicas, tais como: a canalização de acesso venoso periférico no membro superior esquerdo, dado a abordagem, em caso de cateterismo, ser via artéria radial direita; a importância do uso das pás adesivas na monitorização da PSC com EAM, dado a sua instabilidade elétrica, antecipando possíveis momentos de instabilidade. O estabelecimento de uma relação terapêutica, com mais disponibilidade para comunicar com a PSC, foi um dos aspetos fortes neste EC. Destaca-se a importância dos ensinamentos,

particularmente sobre a terapêutica e possíveis efeitos colaterais, dieta, exercício físico, atividade sexual, e alerta para hábitos de risco como o tabaco e o álcool, com vista ao objetivo comum que é o restabelecimento do estado de saúde da pessoa e melhoria da sua qualidade de vida. Focalizar a vantagem de mudar comportamentos e de aderir de forma imperiosa ao regime terapêutico para melhorar e contribuir para o seu bem-estar.

2.2.2. Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação

A DGS recomenda a todas as unidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS) a preparação de um Plano de Emergência Médica perante uma catástrofe ou crise. Catástrofe trata-se de uma situação em que existe um elevado número de vítimas, criando um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes, por isso a existência de um plano de catástrofe no serviço, torna-se uma ferramenta orientadora nessas situações (Direção- Geral da Saúde, 2010). Nesse sentido, a DGS (2010), definiu no seu manual os princípios de elaboração do Plano de Emergência das Unidades de Saúde (PEUS), que tem como objetivo principal permitir a qualquer unidade de saúde dar resposta a uma situação excepcional, mantendo uma continuidade de cuidados de saúde, preservando, simultaneamente a segurança das pessoas cuidadas. Organizando os meios e recursos e clarificando as cadeias de responsabilidade, que permitam uma capacidade de resposta, pronta e eficaz, para qualquer situação de emergência, devendo este ser acessível a todos os colaboradores, para uma resposta perfeita no caso de ocorrência de alguma eventualidade inesperada.

Como futura EE em enfermagem de PSC é importante desenvolver conhecimentos sobre como atuar em situações de catástrofe e emergência multi-vítimas, e de forma particular a experiência em treino de situações simuladas. Estar preparado para atuar é o melhor método para minorar a morbilidade e mortalidade resultantes das situações de catástrofe. Tomé (2018) vem reforçar esta ideia ao defender a preparação dos profissionais de saúde para intervir de uma forma apropriada.

No SUMC houve a oportunidade de consultar o plano de catástrofe do serviço e verificar que o mesmo já não é atualizado, desde 2016, sendo que, nesse período de tempo já sucederam reestruturações do espaço físico do SUMC, ficando o plano ainda mais desatualizado. Nomeadamente a localização da SE, que foi deslocada, ficando mais individualizada e próxima da entrada no SUMC, cumprindo as recomendações da ACSS (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019) e ampliada permitindo dar resposta a um maior número de vítimas. Nestas situações, é recomendado que se providencie uma reestruturação do plano

de catástrofe, pois o mesmo deve se adaptar à arquitetura e organização de cada unidade de saúde (Direção- Geral da Saúde, 2010).

Explorou-se a “caixa” de catástrofe, na qual, se encontram os *Kits* preparados e numerados, prontos a serem utilizados, na identificação e nos registos individualizados de cada vítima. Não houve a oportunidade de presenciar nenhuma situação de exceção, catástrofe ou emergência multi-vítimas durante o EC, no entanto, foram realizadas sessões de *brainstorming* com a enfermeira orientadora, na qual se consultou o plano existente e o plano de contingência do serviço em relação a COVID-19, foi, também, realizada pesquisa bibliográfica de normas da DGS o que contribuiu para o meu desenvolvimento e para a aquisição de competências nesta área. O SMI e a UCIC partilham do mesmo plano de catástrofe instituído por fazem parte da mesma instituição. Foi consultado e constatou-se que ambos os serviços não contribuem para este plano, nem com recursos materiais, nem humanos, dada a tipologia de PSC e necessidade de manter dotações seguras em pessoas tão vulneráveis.

Todos os EC foram realizados numa fase pandémica, isto é, numa fase de crise. Sendo crise, um desequilíbrio entre o número de pessoas a cuidar e a capacidade de resposta dos serviços, levando a alterações e adaptações nas instituições. Destaca-se que durante a experiência formativa na UCIC, esta sofreu uma alteração na sua estrutura física para dar resposta ao elevado número de pessoas com COVID-19, foi redimensionada a um espaço mais reduzido para permitir a ampliação do SMI e a admissão de maior número de pessoas. Foi uma época de profundas adaptações por parte dos profissionais de saúde, sempre na tentativa de manter os níveis de segurança e qualidade dos cuidados prestados. Tendo em conta que as unidades de saúde funcionam diariamente no limite das suas capacidades, considera-se importante a existência de um plano de emergência, nas instituições, que seja dinâmico, alvo de treino e de avaliações constantes, para que a resposta seja adequada com o mínimo de dados possíveis (Direção- Geral da Saúde, 2010).

2.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência aos antimicrobianos

O cuidar da PSC exige cada vez mais instrumentos/tecnologias que implicam técnicas e procedimentos invasivos, por um lado importantes para a estabilização e manutenção do suporte vital da pessoa, por outro aumentam o risco de infeção (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Segundo os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem em PSC, a prevenção e o controlo da infeção associada aos cuidados constituem um enunciado descritivo, no qual o EE deve adquirir competências e pautar a sua

intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2011). O Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) deu início à promoção global das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI). Estas últimas traduzem regras de boa prática que devem ser adotadas por todos os profissionais na prestação de cuidados de saúde, tendo em vista minimizar o risco de infeção e a transmissão cruzada (Direção-Geral da Saúde, 2017).

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são um problema de saúde pública de extrema importância, são uma das maiores preocupações na gestão dos sistemas de saúde pois a sua prevalência oscila entre os 5 a 10%, acarretando elevados custos (Direção-Geral da Saúde, 2007). Estas são infeções adquiridas resultantes dos cuidados de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante a sua atividade profissional (Direção- Geral da Saúde, 2007). Constituem uma preocupação à escala mundial, estando na origem de todo um movimento, levado a cabo por várias entidades de saúde internacionais, nomeadamente a Organização Mundial de Saúde, no sentido de identificar e reduzir o risco de transmissão de infeção entre pessoas a necessitar de cuidados, profissionais e visitantes (Direção- Geral da Saúde, 2018). Segundo o Departamento da Qualidade na Saúde, as IACS são um indicador importante na avaliação da qualidade dos cuidados (Campos, Saturno, & Carneiro, 2010).

A idade (superior a 65 anos), o estado nutricional, os antecedentes patológicos, a causa de admissão, internamentos com duração superior a sete dias, intervenções ou procedimentos invasivos recentes, terapêuticas agressivas e/ou imunossupressoras, o uso inadequado de antibióticos e utilização inadequada e prolongada de dispositivos médicos invasivos são alguns fatores relacionados com a pessoa e com o seu tratamento que podem torná-la mais suscetível às IACS (Reis, 2017).

Como parte integrante da equipa, enquanto estudante de especialidade, foi possível conhecer e partilhar experiências com a equipa de controlo de infeção, e perceber a sua importância e atuação, sedimentando o conhecimento através da consulta e estudo do Plano Nacional de Controlo de Infeção e das diretivas das Comissões de Controlo da Infeção. O contacto estreito entre os profissionais e a comissão de infeção permite um atualizar constante dos procedimentos e das normas. Concomitantemente com o atualizar surgiu o relembrar, em contexto de prática diária, que deve ser realizado por todos os profissionais entre si, mas principalmente pelos EE que detêm competências específicas para tal, devendo diagnosticar as necessidades dos serviços em matéria de prevenção e controlo de infeção (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A criação de um ambiente terapêutico seguro é uma das áreas de incidência das competências do EE, aquando da prestação de cuidados e intervenções foram cumpridos os protocolos de atuação para garantir a prevenção e controlo das infeções utilizando adequadamente os equipamentos de proteção individual, tendo como objetivo primordial a segurança da pessoa cuidada, mas também do profissional. De acordo com a Norma da DGS nº. 029/2012 (Direção-Geral da Saúde, 2012), cumpriram-se as PBCI especialmente na prestação de cuidados a PSC, através da higienização das mãos (nos cinco momentos preconizados pela DGS), na correta alocação das pessoas cuidadas, no uso da etiqueta respiratória, na correta utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), na descontaminação do equipamento clínico, recolha segura de resíduos, no manuseamento seguro de roupas e nas práticas seguras na preparação e administração de injetáveis, cumprindo os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção.

Ainda em contexto de controlo de infeção, constatou-se que no SUMC existia apenas um quarto de isolamento e inexistência de um protocolo institucional sobre a prevenção e controlo de colonização e infeção por *Staphylococcus aureus* resistente à metilicina (MRSA) e *Enterobactériáceas* resistentes aos carbapenemos (ERC), de acordo com a norma 018/2014, de 9 de dezembro da DGS (Direção- Geral da Saúde, 2014), a fim de detetar precocemente possíveis situações de contaminação e infeção cruzada e assim, impedir a sua disseminação. A sobrelotação frequente do serviço, acarreta a uma maior propensão para a transmissão cruzada de infeções, o que demonstra a importância no cumprimento das PBCI. Esta atenção verificou-se na alocação das pessoas já previamente sinalizadas ou potencialmente suspeitas, no circuito próprio de pessoas com patologia respiratória, numa fase pandémica e na criação de uma sinalética institucional uniforme, para sinalizar PSC com infeção/colonização, cumprindo os circuitos definidos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão.

No SMI existiam quatro quartos de isolamento, três com pressão negativa, na fase pandémica destinados a pessoas com a doença de COVID-19, todos equipados e com material de apoio em locais específicos que levam a um cumprimento das boas práticas. Aquando da admissão da PSC no SMI foi implementado o protocolo institucional sobre a prevenção e controlo de colonização e infeção por MRSA e ERC. No caso da existência de pessoas infetadas conhecidas no serviço, eram efetuadas duas vezes por semana (segundas-feiras e quartas-feiras) zaragatoas para pesquisa de microrganismos. No caso de não haver infetados, eram feitas apenas às segundas-feiras, seguindo o protocolo interno. As PSC portadoras de uma infeção/colonização que requer medidas de isolamento foram sinalizadas na pulseira de

identificação e na cama, com uma sinalética vermelha, a fim de alertar os vários profissionais para a necessidade de cuidados acrescidos, conforme exigido pela PPCIRA.

Foram contabilizadas as Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea (INCS), sendo efetuado registo diário do número de pessoas portadoras de CVC, cateter arterial, entubação oro traqueal (EOT), CV e presença de úlceras de pressão, permitindo avaliar os cuidados prestados e planeamento de eventuais medidas corretivas. A não substituição rotineira de circuitos respiratórios e de filtros humidificadores complementam estas estratégias que visam a prevenção da PAV, que é uma causa importante de mortalidade nos SMI, e é a segunda infeção nosocomial mais frequente e que representa maior mortalidade e um prolongamento do internamento (Pina, Ferreira, Marques, & Matos, 2010).

As infeções por dispositivos elétricos cardíacos implantáveis estão entre as complicações pós-implante mais temidas (Rizkallah, Kent, Kuriachan, Burgess, & Exner, 2015), e a infeção do local cirúrgico uma das causas mais comuns de graves complicações cirúrgicas. Por isso, no caso da implementação de pacemaker definitivo existia uma profilaxia antibiótica cirúrgica antes de entrar na unidade (Direcção-Geral da Saúde, 2010), devendo o EE ter uma preocupação acrescida no seu cumprimento, pois este deve fazer cumprir os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção.

A gradual retoma das visitas após o período de interrupção causado pela pandemia, levou a um aumento do risco de infeção, pois a presença de familiares nos serviços aumenta a transmissão de microrganismos (Hui, et al., 2018). Com o intuito de informar e sensibilizar os familiares, relativamente às condutas a adotar para tornar esse período mais seguro, foi realizado um cartaz informativo que se afixou à entrada do serviço (Apêndice II). À semelhança do SMI, também na UCIC as unidades eram individualizadas, equipadas, com um armário de apoio no qual consta todo o material necessário e suficiente para cuidar da PSC e promover as boas práticas. Existia, em ambos os serviços, um local próprio para preparação de medicação, cumprindo um processo prioritário associado ao risco de infeção, isto é, a adoção de práticas seguras na preparação e administração de injetáveis.

Na UHICV praticamente todo o material é esterilizado de uso único, o equipamento e a sala era limpa entre cada intervenção. Quanto aos coletes de proteção radiológica, existia um procedimento de higienização regular, assim como uma inspeção periódica à integridade dos mesmos, pelos responsáveis da imagiologia.

O controlo de infeção deve ser uma das principais preocupações dos enfermeiros, pelos aspetos inerentes às inúmeras técnicas invasivas utilizadas no diagnóstico, na monitorização e tratamento da pessoa com falência multiorgânica. Na UCIC, as PSC colonizadas ou

infetadas já estavam identificadas e sinalizadas com dístico vermelho na pulseira, antes de dar entrada na unidade, geralmente vindas do SUMC, no entanto neste serviço, dadas as suas características, nem sempre é possível cumprir a norma 018/2014, de 9 de dezembro da DGS (Direcção- Geral da Saúde, 2014), o que acresce o risco das infeções não serem detetadas atempadamente, aumentando o risco de disseminação e causando dano à PSC.

Considera-se uma estratégia proactiva a atitude dos elos do GCL- PPCIRA da UCIC, a exercer a sua função de sensibilizar a equipa para importância da prevenção e controlo de colonização e infeção por MRSA e ERC.

PARTE II- PROJETO DE INVESTIGAÇÃO/ AÇÃO

1. FUNDAMENTAÇÃO DO ESTUDO

O TIH da PSC é uma fração inevitável da prática clínica no serviço de emergência, face à necessidade de meios complementares de diagnóstico e terapêutica com elevado nível de diferenciação (Dunn, Gwinnutt, & Gray, 2007). A PSC apresenta lesões ou doenças de grande complexidade, muitas vezes associadas a quadros fisiopatológicos instáveis, com necessidade de meios técnicos e humanos específicos, e nem sempre disponíveis na instituição de origem (Martins & Martins, 2010) podendo existir a necessidade de TIH, na qual são expostos a riscos adicionais (ANZCA, 2015).

As mudanças estruturais do SNS e na organização de algumas valências hospitalares, ao nível de tratamento e diagnóstico levam à necessidade de transportar PSC entre as diferentes instituições na procura da melhor resposta às diferentes situações (Graça, Silva, Correia, & Martins, 2017). A PSC tem alto risco de morbidade e mortalidade durante o transporte (Dunn, Gwinnutt, & Gray, 2007), daí que esta questão, tenha constituído um motivo de preocupação por parte dos profissionais de saúde, tendo como principal interlocutor a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI). Esta, em colaboração com a Ordem dos Médicos (OM), criou o Guia de Transporte de Doentes Críticos (Martins & Martins, 2010).

O que desencadeia a necessidade de um TIH numa PSC é, maioritariamente, a inexistência de recursos humanos e/ou técnicos no hospital de origem, para tratar ou dar continuidade ao tratamento iniciado, ou para a realização de exames complementares não disponíveis na instituição onde a pessoa se encontra. É caracterizado por um período de grande instabilidade e vulnerabilidade, podendo originar complicações, o que implica que a decisão de transferência para outra unidade hospitalar deve ter sempre em consideração a avaliação do risco e benefício. Contudo, algumas das complicações e riscos podem ser previstas e evitadas se forem respeitadas todas as normas e procedimentos de planeamento e execução (Martins & Martins, 2010). Dentro destes riscos estão incluídos os riscos clínicos assim como os riscos rodoviários. O TIH da PSC, pode ser efetuado por via terrestre ou por via aérea. (Martins & Martins, 2010) A segurança da PSC é definida como a redução do risco de danos evitáveis durante a assistência à saúde, a um mínimo aceitável. O mínimo aceitável refere-se à noção coletiva à luz do conhecimento atual, recursos disponíveis e o contexto em que o cuidado foi prestado, em oposição ao risco de ausência tratamento ou tratamento alternativo (Canellas, Palma, Pontífice-Sousa, & Rabiais, 2020).

A decisão de transferência, compete ao médico e implica, como vimos, uma avaliação do risco/benefício inerentes ao transporte é da responsabilidade do serviço de origem, e o

resultado dessa avaliação vai definir as necessidades de recursos humanos para o acompanhamento (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) e Ordem dos Médicos (OM), 2008).

No TIH existem três fases importantes a ter em consideração: a tomada de decisão, o planeamento do transporte e a sua efetivação (Martins & Martins, 2010). Nas fases do planeamento e da efetivação o enfermeiro tem um papel muito importante. E é nestas que incidirá o trabalho realizado.

Compete ao enfermeiro reunir todas as condições necessárias, de modo, a minimizar os riscos inerentes ao transporte. A promoção de um ambiente calmo e seguro e a vigilância contínua, permitem detetar precocemente alterações, levando à atuação conjunta de toda a equipa envolvida no transporte, com o objetivo de estabilizar a PSC (Martins & Martins, 2010).

A situação vulnerável dessas pessoas deixa-as expostas a incidentes de segurança que podem resultar em eventos adversos com ou sem dano. Todas as ações estão sujeitas a erro humano e sob pressão/*stress*, questões rotineiras podem ser negligenciadas contribuindo para o erro. Aspetos como a previsibilidade e a estrutura das listas de verificação ajudam a superar essas limitações, facilitando e sistematizando a prestação de cuidados, reduzem a variabilidade, melhoram o rendimento e a qualidade ajudando para reduzir os custos em saúde. O uso de *checklists* também permite padronização das ações, a promoção do cuidado baseado em evidências, a melhoria da comunicação, uso adequado dos equipamentos, minimização de falhas e mitigação de memória não confiável (Canellas, Palma, Pontífice-Sousa, & Rabiais, 2020).

Equipa do transporte de PSC

Segundo a SPCI e a OM (2008, p. 18) “A equipa que acompanha o doente crítico deve ser constituída pela tripulação habitual da ambulância e, pelo menos, por mais dois elementos (um médico e um enfermeiro), ambos com experiência em reanimação, manuseamento e manutenção do equipamento”. Também Martins e Martins (2010) referem que a preparação da equipa de transporte deve, no mínimo, incluir o SAV e, desejavelmente, o curso avançado de trauma (CAT).

O transporte deve ser seguro, planeado e executado minimizando os possíveis riscos, evitando agravar o estado clínico da PSC. Para que o TIH se realize segundo estas premissas, é necessário treino e competências específicas de toda a equipe envolvida. Por este motivo, o transporte de PSC requer profissionais altamente treinados e qualificados (ANZCA, 2015). As equipas de enfermagem na realização deste procedimento são muitas vezes confrontadas com sentimentos de ansiedade e medo decorrente do planeamento e da organização do

transporte, pois estes receiam não conseguir prever todo o equipamento ou toda a medicação necessária à transferência (Martins & Martins, 2010).

O nível de monitorização, vigilância e cuidados, durante o transporte, deve ser no mínimo, igual ao do serviço de origem e o insucesso na preparação, da pessoa cuidada e/ou da equipa de transporte, pode levar a um insuficiente nível de cuidados prestados à PSC (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008). Daí que, a responsabilidade de quem decide, planeia, assiste e transporta a PSC, passe por identificar, entender e minimizar os riscos envolvidos num transporte, escolhendo as opções que contribuam para a melhoria do prognóstico, garantindo a segurança e a qualidade da intervenção.

Ferramenta de apoio nos TIH

Martins (2020) desenvolveu uma ferramenta para maximizar resultados durante os processos de TIH, sob a forma de boletim de acompanhamento (Anexo I), e tinha como objetivo auxiliar os processos inerentes aos TIH. As boas práticas fundamentadas na evidência recomendam a existência de listas de verificação, que respondam aos seguintes itens: o quê? quando? como? quem realiza? Com estes dados podem minimiza-se erros intrínsecos a situações de rotina e de emergência, e ainda, têm um enorme potencial para melhorar a segurança e a qualidade e reduzir os custos dos cuidados de saúde (Winters, et al., 2009). Perante esta realidade, e existindo uma ferramenta desenvolvida e validada para este fim, considerou-se vantajosa a sua implementação em contexto clínico, após formulação da questão de investigação: *“Será que um boletim de apoio ao transporte da PSC melhorará a satisfação dos enfermeiros com o procedimento?”*.

Este projeto está essencialmente centrado nos profissionais de saúde com o objetivo de produzir ganhos para a PSC.

2. ASPETOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo serão desenvolvidos os aspetos metodológicos de forma a descrever os processos e justificar as decisões decorrentes do processo de investigação.

2.1. TIPO DE ESTUDO

Perante o reconhecimento da necessidade de melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados à PSC, com necessidades de TIH, foi desenvolvido um estudo investigação-ação. Neste tipo de estudo “coloca-se a possibilidade, ou mesmo a necessidade, de proceder a mudanças (...) de intervir na reconstrução de uma realidade, sendo a Investigação-ação a metodologia mais adaptada a favorecer essas mudanças” (Coutinho, 2020, p. 372). Segundo Lomax (Lomax, 1990 citado por Coutinho, 2020, p. 363) a investigação-ação é uma intervenção na prática profissional com a intenção de proporcionar uma melhoria.

O estudo será estruturado em quatro etapas: na primeira etapa foi realizado um estudo de diagnóstico de situação com características descritivo-exploratórias, em que foi aplicado um questionário eletrónico aos enfermeiros de um SUMC de um hospital da região centro de Portugal (Apêndice III); a segunda decorreu simultaneamente com a primeira etapa e consistiu na criação de um grupo de trabalho para analisar e adaptar o boletim de TIH de Fábio Martins (Martins, 2020). O documento editado (Apêndice IV) pelo grupo foi aplicado no serviço pela equipa de enfermagem, após uma formação inicial. Nesta formação foi apresentado o boletim a implementar e esclarecidas as dúvidas acerca da sua aplicação. Na terceira etapa foi implementado o boletim, durante cerca de dois meses, e na quarta etapa foi avaliada a sua implementação, através de um segundo questionário eletrónico dirigido aos enfermeiros que utilizaram o boletim (Apêndice V).

Para o estabelecimento do grupo de trabalho (fase II) foram pré-estabelecidos os seguintes requisitos: ser enfermeiro do SUMC com mais de três anos de experiência; pertencer ao grupo funcional do TIH do serviço e que consentisse participar no grupo de análise, após convite informal e formal via email. Este grupo de trabalho foi constituído por cinco enfermeiros (quatro do sexo feminino e um do sexo masculino). O mais experiente tinha 19 anos e o menos experiente, profissionalmente, em serviço de urgência, tinha cinco anos. Os enfermeiros que constituíram este grupo, por terem participado e colaborado no desenho do estudo, especificamente, no processo de adaptação do boletim, não foram integrados no estudo como participantes respondentes.

2.2. OBJETIVOS

O estudo desenvolvido teve como objetivos:

- Inquirir os enfermeiros do SUMC relativamente aos TIH realizados;
- Identificar se a existência de um boletim é considerada pelos enfermeiros do SUMC como uma necessidade ou oportunidade de melhoria;
- Adaptar um boletim de TIH para o contexto clínico do SUMC;
- Implementar o boletim, adaptado, de TIH no SUMC;
- Avaliar a satisfação dos enfermeiros utilizadores do boletim do SUMC, após a implementação do boletim de TIH.

2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população é definida por Coutinho (2020) como o conjunto de pessoas a quem se pretende generalizar os resultados e que partilham uma característica comum. Sendo a população os enfermeiros que exercem funções em SUMC. É desta que é retirada a amostra, é uma subdivisão da população, ou seja, pessoas de quem se recolhem os dados e que têm as mesmas características da população. A equipa de enfermeiros do SUMC, onde foi realizado o estudo era constituída por 141 enfermeiros dos quais 21 eram especialistas e todos podiam realizar TIH. A amostra do estudo foi composta por 50 enfermeiros que manifestaram interesse em participar no estudo, após convite inicial de todos os enfermeiros do serviço, pelo enfermeiro gestor. Trata-se de uma amostragem não probabilística por conveniência, pois foi utilizado um grupo acessível (Coutinho, 2020) de voluntários que consentiram participar no estudo.

O SU é um serviço de um hospital da região centro de Portugal, insere-se numa urgência médico-cirúrgica (Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro, 2015) que dá resposta a 292 546 mil pessoas (Serviço Nacional de Saúde, 2022). Durante o período em que se procedeu à 2ª recolha de dados foram realizados 75 TIH com acompanhamento de enfermeiro e com enfermeiro e médico. De ressaltar que o estudo foi realizado durante o período de tempo que mediou fevereiro de 2022 e setembro de 2022 tendo enfrentado diversos constrangimentos, como atestados dos participantes, por motivos da COVID-19.

2.4. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Como instrumento de colheita de dados foram desenvolvidos dois questionários eletrónicos dirigidos aos enfermeiros, um dos quais foi aplicado antes da implementação do boletim de acompanhamento, e o outro, foi aplicado cerca de 2 meses após a sua implementação. A recolha de dados efetuou-se através de questionário *online* de modo a alcançar todos os

enfermeiros do SUMC e permitindo que estes respondessem no momento mais oportuno, conforme as suas disponibilidades, reduzindo também os constrangimentos provocados pela COVID-19.

O primeiro questionário foi composto por dados sociodemográficos e profissionais: sexo (variável de resposta dicotómica: feminino, masculino); idade (anos); tempo de serviço (anos); experiência profissional (anos); categoria profissional (enfermeiro, EE); formação académica (bacharelato, licenciatura, mestrado, doutoramento). E na segunda parte questões acerca dos TIH. Foram, ainda, elaboradas duas questões abertas que foram sujeitas a categorização de respostas.

O segundo questionário foi construído com dados relacionados com a experiência dos TIH após a implementação do boletim de TIH. Na primeira parte foram questionados os enfermeiros sobre a opinião relativamente à ferramenta- boletim de TIH permitindo, seis níveis de resposta tipo *likert*: Sem opinião (0); Desajustada (1); Fraca (2); Razoável (3); Boa (4); Muito Boa (5). E na segunda parte foram questionados sobre a sua satisfação com a aplicação do mesmo.

2.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Inicialmente foi solicitado ao autor do boletim de acompanhamento de PSC em TIH (Martins, 2020) autorização para a sua aplicação e adaptação ao contexto do estudo, respeitando a propriedade intelectual (Apêndice VI). Em seguida foram iniciados os processos de pedido de autorização ao Conselho de Administração do Hospital e à Comissão de Ética onde se realizou o estudo (Apêndice VII). Durante o processo de estudo realizado foram garantidos o anonimato e a confidencialidade dos participantes, tendo sempre em conta os princípios éticos e as diretrizes do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) (Assembleia da República, 2019), nomeadamente, no que diz respeito à não solicitação de dados considerados sensíveis. Para garantir o consentimento informado livre e esclarecido, foi disponibilizado por *email*, pelo enfermeiro gestor do serviço, a cada enfermeiro que participou no estudo um documento de consentimento informado (Apêndice VIII), onde foram explicadas as características do estudo, a identificação do estudo, a justificação, os objetivos, os métodos/ procedimentos utilizados, a duração previsível da sua realização, as informações sobre riscos/benefícios/desconforto do estudo, a nota de que a participação seria voluntária e que o participante, poderia desistir em qualquer altura, sem consequências.

Foi também, garantida a confidencialidade dos dados e do anonimato, assim como informação sobre a base legal para o tratamento dos dados, as finalidades do tratamento de dados, o prazo de conservação dos dados, a designação e contato do “encarregado de proteção de

dados” – pessoa responsável pelo cumprimento de todas as obrigações legais decorrentes do RGPD. Os participantes foram ainda, convidados a realizar uma dupla confirmação do seu consentimento, através da primeira questão elaborada nos questionários eletrónicos. Estes não necessitavam de assinar o documento, bastava acederem ao link do questionário e responderem afirmativamente à primeira questão. Os questionários eletrónicos não retiveram emails dos participantes, tornando-se impossível a sua identificação.

Ao grupo de enfermeiros que integrou o grupo de trabalho foi entregue um documento explicativo dos objetivos do estudo e foram formalmente (*email*) e informalmente (oralmente) convidados a integrar o grupo de estudo.

Os dados colhidos serão conservados o tempo necessário para o *términus* da investigação, e apenas, utilizados para fins de investigação científica efetuada. Foram sujeitos a tratamento e análise com recurso a estatística descritiva. Não existiu qualquer apoio financeiro ao desenvolvimento deste estudo.

2.6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De forma a sistematizar e analisar a informação proporcionada pelos dados utilizaram-se técnicas da estatística descritiva. Os dados foram analisados informaticamente recorrendo ao programa de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS®), na versão 28. Nas questões abertas foram analisados os dados e agrupada a informação em categorias.

Para as questões quantitativas foi utilizada estatística descritiva através do cálculo de: média (M); mediana (Md); desvio padrão (Dp); valor mínimo (min); valor máximo (max); frequência absoluta (n) e frequência relativa (%).

Dados sociodemográficos e profissionais da amostra

Aceitaram participar no estudo 50 enfermeiros que integravam uma equipa com 141 enfermeiros. Destes, 20 utilizaram o questionário de avaliação após implementação do boletim TIH. Na tabela 1 evidencia-se que no estudo participaram mais enfermeiras (84%) do que enfermeiros (16%). Este resultado é consonante com a representatividade de género sexual da profissão. Em Portugal de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE) em 2020, mais de 80% dos enfermeiros eram mulheres (82,3%) (Instituto Nacional de Estatística, 2020). Este resultado demonstra que a Enfermagem é considerada uma profissão maioritariamente do sexo feminino, embora nos últimos anos essa tendência se tenha

alterado, sendo o número de enfermeiros do sexo masculino ascendente ao longo dos anos (Catalão & Gaspar, 2017).

Relativamente à categoria profissional, a amostra era constituída por 6 (12%) EE sendo os restantes 44 (88%) enfermeiros generalistas. Corroborando os dados do INE, que do total de enfermeiros em atividade em 2020, em Portugal, 57 613 eram generalistas (73,9%) e 20 371 eram especialistas (26,12%), com alguma predominância de especialistas em enfermagem de reabilitação (22,3%) e enfermagem MC (22,2%) (Instituto Nacional de Estatística, 2020).

Quanto à formação académica dos enfermeiros 43 (86%) enfermeiros tinham licenciatura e 7 (14%) eram detentores do título de mestre, mantendo-se o alinhamento com os dados da OE, que refere, que na categoria de enfermeiro, o grau académico com mais relevância a nível nacional é a licenciatura (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Da amostra estudada, verificou-se que os participantes tinham uma média de idades de $33,76 \pm 6,40$ anos, variando entre os 23 anos e os 59 anos. Estes resultados vão ao encontro dos dados da OE em 2021, em que os grupos etários em que se verifica maior número de enfermeiros são respetivamente os grupos dos 36 aos 40 anos e dos 31 aos 35 anos (Ordem dos Enfermeiros, 2021). Quanto à experiência profissional os participantes tinham em média $10,86 \pm 6,054$ anos, variando entre 1 ano e 33 anos. Relativamente à experiência profissional em SU os valores variaram entre 1 ano e 32 anos, tendo uma média de $7,02 \pm 6,675$ anos, evidenciando que a experiência profissional foi maioritariamente no contexto de urgência.

Na amostra, a participação em TIH, média semanal, é de $1,06 \pm 0,978$ vezes por semana, variando entre nenhum transporte e 7 por semana. Na amostra apenas 1 (2%) não tinha realizado nenhum TIH, verificando-se que é um procedimento frequente no SUMC.

Perante a questão “Na sua opinião os TIH fazem-se de uma forma adequada?” 24 (48%) dos enfermeiros participantes consideram que os TIH se realizam de forma adequada e 26 (52%) não, evidenciando descontentamento pela maioria.

Todos os enfermeiros consideraram, ainda, a existência de um boletim/guião/*checklist* como uma ferramenta que poderia facilitar o procedimento do TIH.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e profissional dos voluntários no estudo. Inclui dados de opinião dos participantes.

Variáveis		n	%
Sexo	Feminino	42	84
	Masculino	8	16
Categoria profissional	Enfermeiro	44	88
	Enfermeiro Especialista	6	12
Experiência anterior em TIH	Sim	49	98
	Não	1	2
Habilitações literárias e profissionais	Licenciatura	43	86
	Mestrado	7	14
	Sim	24	48

Variáveis		n	%
Na sua opinião os TIH fazem-se adequadamente?	Não	26	52
Na sua opinião a existência de um boletim poderia facilitar o procedimento de TIH?	sim	50	100
Idade	M	33,76	
	Dp	6,40	
	Md	34,00	
	Mínimo	23	
	Máximo	59	
Experiência Profissional (anos)	M	10,86	
	Dp	6,05	
	Md	10,00	
	Mínimo	1	
	Máximo	33	
Tempo de Experiência em serviço de Urgência Geral (anos)	M	7,02	
	Dp	6,68	
	Md	7,02	
	Mínimo	1	
	Máximo	32	
Em média em quantos TIH participa por semana?	M	1,06	
	Dp	0,98	
	Md	1,00	
	Mínimo	1	
	Máximo	7	

Legenda: M- média; Dp-desvio padrão; Md- mediana; n- tamanho de amostra; %-percentagem.

Opinião dos enfermeiros acerca dos TIH

No primeiro questionário os participantes foram inquiridos, através de questão aberta, sobre a sua opinião relativamente às razões que levam à existência de TIH realizados de uma forma desadequada. Para esta questão obtiveram-se 22 respostas que foram agrupadas em 3 categorias: Falta de preparação dos enfermeiros; Preparação condicionada pela falta de tempo; Preenchimento desadequado do score existente.

a) Falta de preparação dos enfermeiros

Dos 22 enfermeiros, 15 enfermeiros identificaram a falta de treino e falta de preparação para realizar os TIH como uma das causas. Como é perceptível com as seguintes respostas: Q6 “O grau de diferenciação de cuidados baixa muito durante a transferência”; Q10 “Por vezes os profissionais de saúde não se encontram qualificados para fazer a transferência de certos doentes (ex.: Não possuem formação SBV e/ou SAV)”. O que ressalva a importância de uma equipa com formação adequada. Uma equipa com formação específica e treinada em TIH está normalmente associada a menos incidentes durante o mesmo, consegue antecipar, gerir e tratar eventuais complicações técnicas e médicas que possam surgir (Graça, Silva, Correia, & Martins, 2017). O TIH deve ser realizado por uma equipa multidisciplinar devidamente qualificada e experiente (ANZCA, 2015) sendo a formação uma condição fundamental para um TIH seguro e com sucesso (Mota & Martins, 2022). No Artigo 21º do Despacho nº 10319/2014 de 30 de junho está compreendido que a formação de, pelo menos, 50% dos

profissionais nas equipas em exercício no SUMC devem contemplar a formação em Transporte de Doentes Críticos (Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, 2014). Tornando-se fundamental que cada instituição possua uma política formal sobre o transporte de pessoas alvo de cuidados de saúde (com responsabilidade identificada), a organização de equipas dedicadas de transporte (com treino específico e experiência), o investimento na formação e a implementação de programas de acompanhamento e de auditorias no TIH (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008). Porém, passado 14 anos após a publicação destas recomendações, verifica-se que, ainda, subsistem constrangimentos na sua aplicação (Mota & Martins, 2022). Ainda se verifica que o acompanhamento das PSC “é realizado pelos profissionais menos diferenciados, sem experiência no transporte, sem conhecimento do equipamento e não treinados para funcionarem em equipa” (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008, p. 25). Podem existir dificuldades na formação destas equipas, pelo facto de muitos hospitais não disporem de recursos humanos adequados (em número ou diferenciação suficientes), para dispensarem uma equipa no TIH (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008). A ANZCA (2015) defende que todos os novos profissionais envolvidos no TIH deverão realizar formação apropriada nos vários aspetos do transporte e efetuar um transporte supervisionado antes do primeiro transporte autónomo. Estes profissionais deverão frequentar regularmente formação e treino em TIH, tendo em consideração a segurança, controlo de infeção, entre outros (ANZCA, 2015). A decisão do transporte é responsabilidade médica, ficando o planeamento e a efetivação do transporte com responsabilidade partilhada entre médico e equipa de transporte, verificando-se, assim, que os enfermeiros assumem igualmente a responsabilidade pelo transporte que se pretende seguro e de qualidade (Mota & Martins, 2022). O TIH de PSC implica a necessidade de saber manusear equipamentos e gerir protocolos terapêuticos complexos. Esta é uma das competências específicas do EE em enfermagem em PSC, designadamente na gestão e administração desses protocolos (Regulamento nº 429/2018, de 18 de julho), são estes enfermeiros que detêm e mobilizam procedimentos considerados de competência clínica especializada neste contexto dos cuidados (Mota & Martins, 2022). Por este motivo, a Mesa do Colégio de EMC, identifica o profissional de enfermagem com melhor formação para integrar equipas de transportes de PSC o EE em EMCPSC (Martins, 2020).

b) Preparação condicionada pela falta de tempo

Uma das razões apontada pelos profissionais para a desadequada realização do TIH, foi a escassez de tempo para a sua preparação segura e com qualidade. Ilustrado pelas seguintes

respostas: Q2 “Por vezes não existe tempo (em situações menos emergentes) para preparar o doente ou sequer o material”; Q5 “É tudo à pressa”; Q49 “A sua preparação é a correr o que nem sempre o enfermeiro se inteira da situação do doente e por vezes esqueceu-se de determinados pormenores como espólio, exames de diagnóstico que só se apercebe quando chega ao hospital destino”. Esta razão foi apontada por 5 dos 22 enfermeiros respondentes. De acordo com a OM e a SPCI (2008), a equipa que realiza o TIH deve ter um contacto prévio com a PSC. Esse momento destina-se à observação global da pessoa, no sentido de detetar alterações que possam ocorrer durante o transporte, antecipam-se as necessidades. Deverá ser realizada a colheita da história clínica e os exames complementares efetuados até ao momento.

Uma avaliação inicial incorreta, compromete a assistência à PSC. Essa observação deve ser efetuada de forma criteriosa, seguindo a metodologia do ABCDE, pois fornece à equipa a base hemodinâmica antes do transporte, permitindo a antecipação de problemas, nomeadamente a preparação de terapêutica e equipamento adequados ao transporte. As observações devem realizar-se em diferentes etapas: antes, durante e após a passagem para a maca de transporte e acomodação na ambulância, bem como durante todo o transporte, inclusive na passagem da PSC à equipa recetora (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

c) Preenchimento desadequado do score existente

Dos 22 enfermeiros respondentes, 4 enfermeiros são da opinião que o score existente nem sempre é corretamente preenchido. Q11 “Falha no preenchimento do score”; Q12 “Score de transporte não corresponde à realidade”. Para determinar e planear o nível de cuidados necessários durante o transporte, de acordo com as normas da SPCI e da OM, é aplicada previamente uma grelha de avaliação que permite apurar um score – denominado Score de Risco (Anexo II). Este score de risco de transporte de *Etxebarria* et al. (1998), estabelece as necessidades de recursos humanos para o acompanhamento, a monitorização, o equipamento e o tipo de veículo para o nível de gravidade da pessoa (Graça, 2017). A decisão do transporte é responsabilidade médica (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008) mas o planeamento e efetivação são realizados em colaboração com a equipa de enfermagem. Mais uma vez se atesta que a insuficiência de recursos humanos (em número ou diferenciação suficientes) e a falta de treino poderá condicionar a qualidade dos cuidados prestados.

Tabela 2. Motivos mais apontados pelos enfermeiros do SUMC para que os TIH ocorram de forma desadequada

Causas/razões	N.º
Falta de preparação dos enfermeiros	15
Preparação condicionada pela falta de tempo	5

Causas/razões	N.º
Preenchimento desadequado do score existente	4

Legenda: N.º- número de respostas.

Neste estudo constatou-se que na amostra, dos enfermeiros que realizam TIH, 46% (n=23) já tinham experimentado um efeito adverso ou complicação durante o TIH, como se pode verificar na tabela 3. Estão descritas elevadas incidências de eventos adversos no TIH, 33,3 % das pessoas foram afetadas por eventos adversos no transporte (Canellas, Palma, Pontífice-Sousa, & Rabiais, 2020). Garantir a segurança da PSC é uma das preocupações na prestação dos cuidados de enfermagem com qualidade. As intervenções dos cuidados de enfermagem deverão ser sempre para melhorar a assistência, no entanto, a combinação de processos, tecnologias e recursos humanos, pode tornar-se um fator de risco para o aparecimento de erros e efeitos adversos (Gomes, Nascimento, Silva, & Santana, 2012). No TIH a segurança da PSC é fundamental, contudo admite-se que os incidentes e os eventos adversos podem acontecer, devendo ser evitáveis. É definida como “redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável” (Direção- Geral da Saúde, 2011, p. 14). Dos 20 enfermeiros que responderam à questão quais os efeitos adversos ou complicações que experienciaram no TIH, 13 referem a instabilidade hemodinâmica da PSC. Q3 “*Instabilidade hemodinâmica*”; Q11 “*PCR, Agitação Psicomotora, hipotensão grave*”; Q13 “*Instabilidade hemodinâmica do doente crítico num TIH sem acompanhamento médico devido*” são alguns dos exemplos referidos. Como já referido anteriormente, o TIH é um processo que envolve riscos, estes podem traduzir-se na instabilidade hemodinâmica da PSC, com agravamento do seu estado clínico, que envolve complicações resultantes do impacto fisiológico associado ao movimento, à vibração, ou às forças de aceleração e desaceleração exercidas durante o transporte (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008). Sendo a instabilidade da PSC um dos fatores percecionados pelos enfermeiros como dificuldade no processo de TIH, existindo uma preocupação relacionada com agravamento da condição clínica da PSC durante o transporte (Mota & Martins, 2022). O conhecimento da baixa reserva fisiológica da pessoa crítica que pode culminar numa rápida deterioração clínica, bem como o conhecimento do risco associado ao transporte, impõem a que o EE deva ter a capacidade de antecipação e prevenção de potenciais problemas e preste cuidados à PSC, na antecipação do risco de falência orgânica (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Tabela 3. Experiência de efeitos adversos ou complicações no TIH

Questão		n	%
Já experimentou algum efeito adverso ou complicação durante o TIH?	Sim	23	46
	Não	27	54
	Total	50	100

Legenda: n- tamanho de amostra; %-percentagem;

Após a implementação do boletim de TIH adaptado ao SUMC durante 2 meses, foi aplicado o segundo questionário à equipa de enfermagem, no qual se averiguou a opinião dos enfermeiros que o utilizaram (n=20), permitindo apurar sobre a sua satisfação na aplicação do mesmo.

Opinião dos enfermeiros relativamente à ferramenta- boletim de TIH

O questionário apresentava 13 questões relativas à utilização do boletim de TIH, estando essas questões cotadas entre Sem opinião (0 pontos) e Muito Boa (5 pontos), consequentemente 65 pontos correspondem a 100%. Como se pode constatar na tabela 4, concluiu-se que os enfermeiros consideraram positiva a utilização do boletim de TIH, uma vez que, apresentam um valor médio de 48,65, o que corresponde a um valor de bom (74,8% em 100%).

Pode-se observar que em todas as questões colocadas o valor máximo foi 5 (muito boa) e o mínimo foi 0 (sem opinião), o valor médio mais baixo foi de 3,25 para a questão “A satisfação com o tempo despendido na aplicação da ferramenta é...” e o mais elevado 4,15 para as questões “A importância da ferramenta no contexto é...” e “A utilidade da ferramenta é...”. Posto isto, conclui-se que os enfermeiros do SUMC consideram que a ferramenta é útil e importante, no entanto, referem que requer tempo para preenchimento. Mais uma vez o fator tempo é uma condicionante nestes contextos. O que permitiu dar contributos para uma possível reestruturação do boletim, de forma a que este seja mais intuitivo e que despenda de menos tempo no seu preenchimento. Talvez a possibilidade de o disponibilizar através de uma ferramenta digital? Mas sendo o valor mais alto para a utilidade é perceptível que esta estratégia seja encarada como importante e de manter.

Tabela 4. Avaliação da implementação do boletim de TIH dos enfermeiros do SUMC

Pergunta	n	M	Md	Dp	Min	Máx
A ferramenta, de um modo geral, é...	20	3,60	4,00	1,095	1	5
A importância da ferramenta no contexto é...	20	4,15	4,00	,988	2	5
A utilidade da ferramenta é...	20	4,15	4,50	1,089	2	5
A facilidade de utilizar a ferramenta é...	20	3,30	4,00	1,174	0	5
A satisfação com o tempo despendido na aplicação da ferramenta é...	20	3,25	3,00	1,070	0	5
A satisfação com os recursos necessários à utilização são...	20	3,80	4,00	,834	2	5

Pergunta	n	M	Md	Dp	Min	Máx
A estrutura na apresentação dos conteúdos é...	20	3,75	4,00	,967	2	5
A linguagem e os conceitos utilizados são...	20	3,90	4,00	,852	3	5
A facilidade de compreender a ferramenta é...	20	3,90	4,00	,912	2	5
A tomada de decisão sustentada através da ferramenta é...	20	3,85	4,00	,933	2	5
A satisfação com os resultados obtidos com a aplicação da ferramenta são...	20	3,80	4,00	,951	2	5
A satisfação com os ganhos profissionais obtidos é...	20	3,45	4,00	1,276	0	5
A perceção final da ferramenta é...	20	3,75	4,00	,967	2	5
Total de Satisfação	20	48,6500	48,0000	9,38237	31,00	63,00

Legenda: M- média; Dp-desvio padrão; Md- mediana; n- tamanho de amostra; %-percentagem.

Satisfação dos enfermeiros com a aplicação do boletim nos TIH

Relativamente à última questão, na qual se indagava a importância do boletim na melhoria da segurança e qualidade do TIH, 85% dos inquiridos consideraram-no como uma ferramenta que melhora a segurança e a qualidade, conforme se encontra na tabela 5.

Considerando que o TIH é um aspeto importante do cuidado à PSC, os boletins revelam-se ferramentas uteis para assistir os profissionais de saúde, produzindo ganhos na segurança desse momento de uma forma prática (Canellas, Palma, Pontífice-Sousa, & Rabiais, 2020). Desde 2002 que a “*The Intensive Care Society*” implementou listas de verificação com o objetivo de reduzir o risco no TIH, garantindo a execução de todos os preparativos necessários relativos a cada fase da transferência (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008). O Ministério da Saúde através do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 procura dar a devida e atual relevância à qualidade e à segurança na saúde. Considera que a ocorrência de incidentes de segurança aquando a prestação de cuidados é uma realidade dos sistemas de saúde, devendo ser implementadas políticas e estratégias que reduzam estes incidentes. A existência de ferramentas e instrumentos é considerada uma condicionante para a criação de ambientes seguros (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2021). A segurança na prestação de cuidados de saúde exige dos profissionais de saúde um envolvimento ativo. Assim, é da responsabilidade do enfermeiro desenvolver estratégias para melhoria da segurança da

pessoa cuidada no meio em que se insere. Nesta perspetiva, justifica-se abordar o boletim de TIH, uma vez que é uma forma prática e simples de aumentar a segurança do TIH.

Tabela 5- Importância do boletim dos TIH na segurança e qualidade para os enfermeiros do SUMC

Questão		n	%
Considera que o boletim melhora a segurança e a qualidade do TIH?	Sim	17	85
	Não	2	10
	Sem opinião	1	5
Total		20	100

Legenda: n- tamanho de amostra; %-percentagem;

2.7 CONCLUSÕES DO ESTUDO

O TIH é um procedimento frequente face à necessidade de meios complementares de diagnóstico e terapêutica com elevado nível de diferenciação. Deve ser planeado e executado visando a minimização de possíveis riscos. Deve ser seguro e eficiente, sem expor a PSC a riscos desnecessários, evitando o agravamento do seu estado clínico. A melhoria contínua da qualidade de cuidados só poderá ser possível através de um sistema eficiente e rigoroso de identificação dos fatores decisivos no transporte.

Com este projeto concluiu-se que os TIH são uma realidade no contexto de SUMC, realizados maioritariamente por enfermeiros do sexo feminino, sem especialidade de enfermagem, licenciados e com uma média de idades jovem (menos de 35 anos).

Um dos objetivos deste projeto era conhecer a opinião dos enfermeiros do SUMC relativamente ao procedimento dos TIH realizados, e, identificar se a existência de um boletim era considerada como uma necessidade ou oportunidade de melhoria. Verificou-se que eram percecionadas dificuldades durante o TIH, com mais incidência no planeamento e efetivação do mesmo. Tendo-se encontrado três categorias: Falta de preparação dos enfermeiros; Preparação condicionada pela falta de tempo e Preenchimento desadequado do score existente. A utilização de listas de verificação, parecem ser ferramentas que ajudam a contornar essas limitações, facilitando e sistematizando a prestação de cuidados, o que reduz a variabilidade e melhora o desempenho, com o potencial de incrementar a qualidade e reduzir os custos em saúde. Permite ainda a padronização das ações, a promoção do cuidado baseado na evidência, a melhoria da comunicação, o uso de equipamentos adequados, a minimização dos erros e a atenuação da falta de confiança na memória.

Quando avaliada a satisfação dos enfermeiros utilizadores do boletim implementado, estes consideraram-no uma ferramenta importante, que é capaz de aumentar a segurança e a qualidade nos TIH. Considera-se perante os resultados encontrados que, através da implementação deste boletim, poderá ser possível, obter-se ganhos em saúde especificamente, para a PSC. Uma possível implicação prática com os resultados deste

estudo passa pela implementação do boletim de TIH e consequente atualização do protocolo institucional existente.

Cuidar implica prevenir potenciais problemas com responsabilidade profissional e compromisso ético e deontológico. Existindo a necessidade atuar, de forma autónoma e em equipa, com segurança tendo por base as evidências científicas.

Como limitação deste projeto destaca-se a dificuldade na participação de todos os elementos da equipa de enfermagem, a exaustão e sobrelotação do serviço poderá ter contribuído para o desgaste e desmotivação dos profissionais, e ainda, a sua relutância em participar nos projetos de melhoria contínua da qualidade.

Como recomendação para futuros estudos considera-se pertinente uma abordagem relativamente à existência de uma equipa dedicada, com treino, mais preparação e com adequado tempo para organizar os TIH.

Os resultados estimularam a equipa, que pretende (re)adaptar o boletim de forma a dar respostas às opiniões dos enfermeiros e proceder à sua avaliação num período pré-estabelecido de 6 meses.

CONCLUSÃO

A construção deste documento permitiu refletir e avaliar o percurso realizado e as competências desenvolvidas, em contexto de EC de urgência, cuidados intensivos e unidade de cuidados intensivos cardíacos, assim como de evidenciar as competências de investigação desenvolvidas.

Ao longo da composição deste relatório foi possível refletir sobre as competências comuns e específicas adquiridas e aprofundadas nos contextos da prática no âmbito dos cuidados especializados em EMC, demonstrando as competências de EE na área da Enfermagem à PSC sempre baseado no Regulamento das Competências Comuns do EE (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro e Regulamento n.º 140/2019 de 06 de fevereiro), e no Regulamento das Competências Específicas do EE em Enfermagem MC (Regulamento n.º 429/2018, 16 de julho). Este percurso permitiu a consciencialização das competências existentes e quais as que necessitam de maior investimento. Esta especialização desencadeou um crescimento em diversos níveis: pessoal, profissional e até social, permitindo compreender que a atualização e aquisição de conhecimento e a sua demonstração na prática são importantes e têm impacto na pessoa cuidada e nos restantes profissionais. O reconhecimento da obrigação em agir em conformidade com a especialidade, é um processo de tomada de consciência que contribuiu muito para a postura enquanto enfermeira e enfermeira especialista.

O enfermeiro deve estar comprometido com a sociedade e seus problemas de saúde, tornando-se competente diante dos desafios, construindo uma consciência crítica em relação ao contexto em que está inserido. A PSC constitui verdadeiramente o foco dos cuidados do EE, e este deve estar preparado, ao nível das suas competências para proporcionar cuidados diferenciados e de excelência.

Ao finalizar, este percurso académico que forçou a muitos e profundos desafios, quero mencionar como principais dificuldades a disponibilidade física e mental para realizar os EC e relatório final, de forma a conciliar a vida familiar e profissional. Sabendo que nada se alcança sem sacrifício e trabalho, levou-se este desafio até ao fim, reconhecendo agora que é este o caminho, ser enfermeira especialista e mestre. Desenvolver constantemente o crescimento pessoal e profissional, baseado na prática e na evidência científica, em prol da qualidade e da segurança de melhores cuidados oferecidos às PSC.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2013). Recomendações Técnicas para instalações de Unidade de cuidados Intensivos. Obtido de https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Recomendacoes_Tecnicas_Cuidados_Intensivos_09_2013.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência. Obtido de <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Recomendacoes-Tecnicas-para-a-Sala-de-Emergencia.pdf>
- Alarcão, I., & Rua, M. (jul-set de 2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*, 14 (3), 373-82. doi:<https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008>
- Almeida, A. M. (fevereiro de 2010). Enfermagem Avançada e Reflexão- uma proposta para o desenvolvimento de competências. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa . Obtido de <https://www.researchgate.net/publication/277204525>
- Alves, A., Carvalho, V. C., Santos, M. S., Oliveira, J. A., Gomes, M. F., Reticena, K. d., . . . Oliveira, J. d. (junho-agosto de 2019). Depressão entre profissionais de enfermagem no contexto hospitalar: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 27 (3), pp. 141-146. Obtido de https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190805_073050.pdf
- Antunes, M. M. (2019). *Perceção dos Enfermeiros acerca da Passagem de Turno*. Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra. Obtido de <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.esenfci.pt:8724>
- ANZCA, A. a. (2015). *Guideline for transport of critically ill patients*. Obtido de [https://www.anzca.edu.au/getattachment/bd5938d2-d3ab-4546-a6b0-014b11b99b2f/P52\(G\)-Guideline-for-transport-of-critically-ill-patients-\(PS52\)](https://www.anzca.edu.au/getattachment/bd5938d2-d3ab-4546-a6b0-014b11b99b2f/P52(G)-Guideline-for-transport-of-critically-ill-patients-(PS52))
- Apóstolo, J. L. (março de 2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Referência- Revista de Enfermagem*, 11 (9), pp. 61-67. Obtido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239956007>
- Araújo, A. M., Morais, H. C., Vasconcelos, H. C., Rabelo, J. C., Santos, R. X., & Holanda, R.-E. (setembro de 2015). A pesquisa científica na graduação em enfermagem e sua importância na formação profissional. *Revista de Enfermagem*, 9 (9), 9180-7. doi:10.5205/reuol.7874-68950-4-SM.0909201504
- Assembleia da República. (2005). *Constituição da República Portuguesa VII Revisão Constitucional*. Obtido de <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>
- Assembleia da República. (14 de 07 de 2009). Lei 33/2009, de 14 de Julho. *Diário da República n.º 134/2009, Série I (Reconhece e garante o direito de acompanhamento a todo o cidadão admitido num serviço de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS).)*, 4467-. Obtido de <https://dre.tretas.org/dre/256834/lei-33-2009-de-14-de-julho>
- Assembleia da República. (16 de 07 de 2012). Lei n.º 25/2012, de 16 de julho. *Diário da República n.º 136/2012, Série I*, 3728 - 3730. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/25-2012-179517>
- Assembleia da República. (16 de setembro de 2015). Lei n.º 156/2015. *Diário da República n.º 181/2015, Série I (Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais)*, 8059 - 8105. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Assembleia da República. (08 de 08 de 2019). Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto. *Diário da República n.º 151/2019, Série I (Assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses d)*, 3-40. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/58-2019-123815982>
- Assembleia da República. (04 de 09 de 2019). Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro. *Diário da República n.º 169/2019, Série I (Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto)*, 55 - 66. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/95-2019-124417108>
- Barreto, M. d., Marcon, S. S., Garcia-Vivar, C., Prado, E. d., Costa, J. R., Ferreira, P. C., & Seguraço, R. d. (2020). Vivência familiar do atendimento de emergência. *Rev baiana enferm*, p. 34:e35100. doi:10.18471/rbe.v34.35100
- Baumgarten, M., & Poulsen, I. (2015). Patients' experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative metasynthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29, pp. 205–214. doi:10.1111/scs.12177

- Baxt, W. G., Shofer, F. S., Sites, F. D., & Hollander, J. E. (1 de 12 de 2002). Uma rede neural auxiliar para o diagnóstico precoce de isquemia cardíaca em pacientes que chegam ao pronto-socorro com dor torácica. *Annals of Emergency Medicine*, 40, pp. 575-583. doi:<https://doi.org/10.1067/mem.2002.129171>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Boterf, G. L. (junho de 2006). Avaliar a competência de um profissional três dimensões a explorar. *Reflexão RH*, pp. 60-63. Obtido de <http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf>
- Campos, L., Saturno, P., & Carneiro, A. V. (dezembro de 2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Obtido de <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/07/Q2.pdf>
- Canellas, M., Palma, I., Pontífice-Sousa, P., & Rabiais, I. (outubro de 2020). Checklist para el transporte intrahospitalario seguro del paciente crítico: A scoping review. *Enfermería Global*, 60, pp. 525-541. Obtido de <https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=17&sid=f41960f3-fd02-422c-9a09-9ddc49e43208%40redis>
- Carvalho, C. G., Santos, P. C., & Pereira, J. F. (2020). *Literacia em Saúde* (Vol. 1). doi:<https://doi.org/10.26537/W94N-5M64>
- Carvalho, J. C. (2012). *Logística e gestão da cadeia de abastecimento*. Lisboa : Sílabo.
- Castro, G. R., Sánchez, A. G., Nariño, A. H., González, G. L., Crespo, M. I., & Martínez, M. S. (Abr-Jun de 2020). La auditoría académica como herramienta para evaluar la calidad y apoyar la acreditación institucional. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 34 (2), pp. 1-13. Obtido de <https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=21&sid=f697280a-4f13-4257-a838-4a5258a0a4af%40redis>
- Catalão, M. J., & Gaspar, P. J. (2017). *Dificuldades na Assistência à PCR intra-hospitalar: percepção dos profissionais de saúde*. Obtido de <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2878/1/cap-1.pdf>
- Cogo, S. B., Lunardi, V. L., Quintana, A. M., Girardon-Perlini, N. M., & Silveira, R. S. (2017). Diretivas antecipadas: desejos dos profissionais da saúde e cuidadores familiares . *Rev baiana enferm* , 31(1), pp. 1-12. doi:<https://doi.org/10.18471/rbe.v31i1.16932>
- Costa, L. G. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15 (3). doi:<https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181>
- Coutinho, C. (2020). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Direcção- Geral da Saúde. (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa. Obtido de https://www.anci.pt/sites/default/files/legisla%C3%A7%C3%B5es/programa_nacional_de_prevencao_e_controlo_de_infeccao_associada_oas_cuidados_de_saude_0.pdf
- Direcção- Geral da Saúde. (6 de 10 de 2010). Orientação Nº 007/2010. *Guia Geral de Orientação para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde(Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde)*. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>
- Direcção- Geral da Saúde. (2011). *Relatório Técnico. Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Lisboa. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>
- Direcção- Geral da Saúde. (9 de dezembro de 2014). Norma 018/2014. *Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados*. Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/prevencao-e-controlo-de-colonizacao-e-infecao-por-staphylococcus-aureus-resistente-a-meticilina-mrsa-nos-hospitais-e-unidades-de-internamento-de-cuidados-continuados-integrados.pdf>
- Direcção Geral da Saúde. (08 de 02 de 2017). Norma 001/2017. *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Direcção- Geral da Saúde. (13 de 07 de 2017). Norma 015/2017. *Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto*. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152017-de-13072017-pdf.aspx>

- Direcção- Geral da Saúde. (novembro de 2018). Infeções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário 2018. Lisboa. Obtido de <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Relatorio-Anual-do-Programa-Prioritario-2018.pdf>
- Direcção-Geral da Saúde. (14 de 06 de 2003). Circular Normativa Nº 09/DGCG. *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Obtido de https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf
- Direcção-Geral da Saúde. (2010). Linhas de orientação para a segurança cirúrgica da OMS Cirurgia Segura Salva Vidas. Obtido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_por.pdf;sequence=8
- Direcção-Geral da Saúde. (28 de dezembro de 2012). Norma 029/2012. *Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)*, 1-26. Obtido de <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde. (4 de novembro de 2015). *Norma 015/2013 da Direcção Geral da Saúde*. Obtido de Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito: <http://www.aenfermagemeasleis.pt/wp/wp-content/uploads/2015/11/Norma-015-DGS-Consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito-04-11-20151.pdf>
- Direcção-Geral da Saúde. (30 de 05 de 2017). Norma 021/2015. *“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*. Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao.pdf>
- Direcção-Geral da Saúde. (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. Lisboa. Obtido de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Dorothea E. Orem, S. G. (2001). *Nursing : concepts of practice* (6.ª ed.). Mosby.
- Dunn, M. J., Gwinnutt, C. L., & Gray, A. J. (2007). Critical care in the emergency department: patient transfer. *Emerg Med J*, 24, pp. 40–44. doi: 10.1136/emj.2006.042044
- Fernandes, M. C. (2015). *Dinâmica da equipa multidisciplinar numa situação de emergência cardiorrespiratória na UCIP*. Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/13538>
- Ferreira, R. M., & Nunes, A. C. (2019). A formação contínua no desenvolvimento de competências do professor de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180171>
- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (24 de 09 de 2021). Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro. *Diário da República n.º 187/2021, Série II (Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026))*, 96 - 103. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Gaspar, F. A. (2018). *Um caminho no desenvolvimento de competências centradas na pessoa em situação crítica e sua família*. Relatório de Estágio, Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de saúde de Leiria, Leiria. Obtido de https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/3834/1/Um%20caminho%20no%20desenvolvimento%20de%20compet%C3%A2ncias%20centradas%20na%20pessoa%20em%20situa%C3%A7%C3%A3o%20cr%C3%ADtica%20e%20sua%20fam%C3%ADlia_Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio.pdf
- George, J. B. (2000). *Teorias de Enfermagem Os Fundamentos à Prática Profissional*. Porto Alegre: ARTMED Editora.
- Godinho, L. F., Carreira, C., & Martins, C. (2018). Medicamentos Look-Alike, Sound-Alike: Um Velho Conceito Sempre em Atualização. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 27 (3), pp. 20-24. Obtido de <https://revistas.rcaap.pt/anestesiologia/article/view/15145/13215>
- Gomes, A. V., Nascimento, M. A., Silva, L. R., & Santana, K. d. (out/dez de 2012). Efeitos adversos relacionados ao processo do cateterismo venoso central em unidade intensiva neonatal e pediátrica. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 14 (4), pp. 883-92. Obtido de <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=94832201-f83e-43f5-8de8-92852bbf0538%40redis>
- Gomes, L. C. (2011). *A segurança do doente na transferência de responsabilidade entre enfermeiros: a importância da comunicação*. Universidade de Évora. Obtido de <http://hdl.handle.net/10174/14202>

- Gordon, J., Sheppard, L. A., & Anaf, S. (2010). The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research. *International Emergency Nursing*, 18, pp. 80– 88. doi:10.1016/j.ienj.2009.05.004
- Graça, A. C. (2017). *Transporte inter-hospitalar do Doente Crítico- A realidade de um hospital do nordeste de Portugal*. Relatório Final de Estágio Profissional apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde.
- Graça, A. C., Silva, N. A., Correia, T. I., & Martins, M. D. (out/nov/dez de 2017). Transporte inter-hospitalar do doente crítico: a realidade de um hospital do nordeste de Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (15), pp. 133 - 144. doi:https://doi.org/10.12707/RIV17042
- Grupo Português de Triagem. (2022). *Sistema de Triagem de Manchester*. Obtido de <https://www.grupoportuguesetriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>
- Hui, D. S., Azhar, E. I., Kim, Y.-J., Memish, Z. A., Oh, M.-d., & Zumla, A. (agosto de 2018). Middle East respiratory syndrome coronavirus: risk factors and determinants of primary, household, and nosocomial transmission. *Elsevier*, 18. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7164784/pdf/main.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Manual de Abordagem à vítima*. Lisboa. Obtido de <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/10/Manual-TAS-TAT-Abordagem-%C3%A0-v%C3%ADtima.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020). *Manual de Suporte Avançado de Vida* (Versão 2.0 – 1ª Edição ed.). Obtido de <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avancado-de-Vida-2020.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Estatísticas da Saúde - 2020*. Lisboa. Obtido de www.ine.pt
- Lee, L. W., Wellman, G. S., Birdwell, S. W., & Sherrin, T. P. (abril de 1992). Uso de um sistema automatizado de armazenamento e distribuição de medicamentos. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 49 (4), pp. 851–855. doi:https://doi.org/10.1093/ajhp/49.4.851
- Locsin, R. C., & Purnell, M. (2015). Advancing the Theory of Technological Competency as Caring in Nursing: The Universal Technological Domain. *International Journal for Human Caring*, 19 (2), pp. 50-54. Obtido de <https://humancaring.org/resources/Online%20Presentations/2021/Advancing%20TCCN%20UTD.pdf>
- Macedo, R. P. (2017). *Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a população portuguesa*. Relatório final realizado no âmbito do 5º curso de mestrado para a candidatura ao grau de mestre em enfermagem médico- cirúrgica, Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde. Obtido de <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/4540>
- Magalhães, A. L., Erdmann, A. L., Silva, E. L., & Santos, J. L. (2016). Lean thinking in health and nursing: an integrative literature review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24. doi: 10.1590/1518-8345.0979.2734
- Marques, P. A. (2002). *Princípios éticos gerais do agir em enfermagem : "Condicionamentos às intervenções de enfermagem promotoras de dignidade das pessoas em fim de vida, internadas em UCI"*. Universidade do Porto. Obtido de <https://hdl.handle.net/10216/9867>
- Martins, F. (2020). *Transporte do doente crítico: construção e validação do formulário de transporte inter-hospitalar*. Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde, Leiria. Obtido de <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/5800/1/Transporte%20do%20doente%20cr%C3%ADtico%20-%20Constru%C3%A7%C3%A3o%20e%20valida%C3%A7%C3%A3o%20de%20um%20boletim%20de%20acompanhamento%20do%20doente%20no%20transporte%20secund%C3%A1rio.pdf>
- Martins, R., & Martins, J. (2010). Vivências dos enfermeiros nas transferências inter-hospitalares de doentes críticos. *Revista de Enfermagem Referência*, III (2), 111-120. Obtido de http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000400012&lng=es&nrm=iso&tIng=pt
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory Middle- Range and Situation-Specific Theories in nursing research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC. Obtido de https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro. (20 de 11 de 2015). Despacho n.º 13427/2015, de 20 de novembro. *Diário da República n.º 228/2015, Série II, 33814 - 33816*. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/13427-2015-71066231>

- Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (11 de 08 de 2014). Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto. *Diário da República n.º 153/2014, Série II*, 20673 - 20678. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (10 de 02 de 2015). Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro. *Diário da República n.º 28/2015, 1º Suplemento, Série II (Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020)*, 2 - 10. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>
- Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (27 de 05 de 2015). Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio. *Diário da República n.º 102/2015, Série II*, 13550 - 13553. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>
- Ministerio da Saúde . (s/d). Carta dos direitos do doente internado. (D. G. Saúde, Ed.) Obtido de <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>
- Ministério da Saúde. (4 de setembro de 1996). Decreto-Lei n.º 161/96 . *Diário da República n.º 205/1996, Série I-A*, 2959 - 2962. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>
- Ministério da Saúde. (22 de 09 de 2009). Decreto-Lei n.º 247/2009, de 22 de setembro. *Diário da República n.º 184/2009, Série I*, 6758 - 6761. Obtido de <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/247/2009/09/22/p/dre/pt/html>
- Ministério da Saúde. (2011). *Decreto lei n.º 30/2011 de 2 de março*. Lisboa: Diário da Republica n.º 43- I série. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/30-2011-278890>
- Ministério da Saúde. (12 de novembro de 2013). Decreto-lei 157/2013, de 12 de Novembro. *Diário da República n.º 219/2013, Série I*, 6431. Obtido de <https://dre.tretas.org/dre/312983/decreto-lei-157-2013-de-12-de-novembro>
- Monte, R. (novembro de 2013). Sedação-analgésia para procedimentos minimamente invasivos. *Cuidados Intermédios em Perspectiva*, 3, pp. 5-9. Obtido de <https://www.acim.pt/wp-content/uploads/2017/06/CIP-3-4-Artigo-revis%C3%A3o-Seda%C3%A7%C3%A3o-analgésica.pdf>
- Morais, C. M. (2012). *Matrizes conceptuais dos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica: uma abordagem fenomenológica da intencionalidade dos cuidados*. Relatório para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Morete, M. C., Mofatto, S. C., Pereira, C. A., Silva, A. P., & Odierna, M. T. (Oct-Dec de 2014). Tradução e adaptação cultural da versão portuguesa (Brasil) da escala de dor Behavioural Pain Scale. *Rev Bras Ter Intensiva*, 26 (4), pp. 373-378. doi:<https://doi.org/10.5935/0103-507X.20140057>
- Mota, O., & Martins, M. d. (2022). Dificuldades dos enfermeiros no transporte inter-hospitalar em ambulâncias de suporte imediato de vida. *Investigação Qualitativa em Saúde: Avanços e Desafios*, 13, 1-9. doi:<https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e651>
- Neves, M. P. (2006). Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. *Revista Brasileira de Bioética*, 2 (2), pp. 157-172. Obtido de <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7966/6538>
- Nobre, A. L., Dias, O. V., Leite, M. T., Freitas, D. d., & Costa, S. d. (maio-agosto de 2015). Justiça distributiva no serviço de saúde especializado e no acesso a medicamentos. *Revista Bioética*, 23 (2), pp. 373-86. doi:<https://doi.org/10.1590/1983-80422015232076>
- Nunes, L. (2006). Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. *II Congresso Ordem dos Enfermeiros*, (pp. 1-12). Obtido de https://www.researchgate.net/profile/Lucilia-Nunes/publication/266596533_Autonomia_e_responsabilidade_na_tomada_de_decisao_clinica_em_enfermagem/links/545638d30cf2cf5164802d42/Autonomia-e-responsabilidade-na-tomada-de-decisao-clinica-em-enfermagem.pdf
- Nunes, L. (2013). *Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Departamento de Enfermagem ESS|IPS, Setúbal. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>
- Oliveira, F. d. (2012). *Habilidades para Tomada de Decisão na Enfermagem- Revisão Integrativa*. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte. Obtido de https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-9DSJ8W/1/habilidades_para_tomada_de_decisao_na_enfermagem_revisao_integrativa.pdf
- Oliveira, S. M. (2020). *A pessoa em situação crítica internada em cuidados intensivos: necessidades sentidas pelos familiares na primeira visita*. Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem. Obtido de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/72119/1/Sandra%20Maria%20Castro%20Oliveira.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (dezembro de 2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor Guia Orientador de Boa Prática. 1. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. *Assembleia Geral Extraordinária*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (18 de 02 de 2011). Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro. *Diário da República n.º 35/2011, Série II*, 8648 - 8653. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/122-2011-3477011>
- Ordem dos Enfermeiros. (18 de fevereiro de 2011). Regulamento n.º 124/2011. *Diário da República n.º 35/2011, Série II(Define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica)*, 8656 - 8657. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/124-2011-3477013>
- Ordem dos Enfermeiros. (fevereiro de 2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inestecabrill2018.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (16 de 07 de 2018). Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho. *Diário da República n.º 135/2018, Série II(Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioper)*, 19359 - 19370. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Ordem dos Enfermeiros. (6 de fevereiro de 2019). Regulamento n.º 140/2019. *Diário da República n.º 26/2019, Série II(Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista)*, 4744 - 4750. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ordem dos Enfermeiros. (25 de setembro de 2019). Regulamento n.º 743/2019. *Diário da República n.º 184/2019, Série II*, 128 - 155. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Ordem dos Enfermeiros. (04 de 12 de 2020). Pronúncia do Conselho de Enfermagem Nº 74/2020. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21042/anonimizado_pron%C3%BAncia-n%C2%BA74_ce-dota%C3%A7%C3%A3o-sala-de-angiografia-e-cardiologia-de-interven%C3%A7%C3%A3o.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Anuário Estatístico 2021. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>
- Ordem dos Enfermeiros. (16 de julho de 2021). Regulamento n.º 656/2021. *Diário da República n.º 137/2021, Série II (Regulamento de Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros)*, 173 - 191. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/656-2021-167491874>
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). Transporte de doentes críticos Recomendações. Obtido de <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>
- Ordem dos Médicos. (2009). *Normas de Boa Prática em Trauma*. Obtido de https://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Normas_de_Boa_Pratica_em_Trauma.pdf
- Ordem dos Médicos. (2018). Documento orientador da formação em medicina Intensiva (DOFMI). (C. d. Intensiva, Ed.) Obtido de <https://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2018/10/DOFMI-2018-vf.pdf>
- Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. (2006). Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Obtido de <https://www.ufp.pt/app/uploads/2019/06/declara%C3%A7%C3%A3o-universal-sobre-bio%C3%A9tica-e-direitos-humanos.pdf>
- Pacheco, M. S. (2018). *A vulnerabilidade na pessoa em situação crítica intervenção de enfermagem especializada*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/27913>
- Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J. M., Nóbrega, J. J., . . . Coutinho, P. (fevereiro de 2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência Medicina Intensiva.
- Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J. J., . . . Coutinho, P. (setembro de 2016). Rede de Referência de Medicina Intensiva. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>
- Paz, V. P., Mantovani, M. d., Mercês, N. N., Mazza, V. A., & Silva, Â. T. (2020). Literacia em Saúde e Cuidados pós-infarto agudo do miocárdio. *Investigação Qualitativa em Saúde: Avanços e Desafios*. doi:<https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.437-448>

- Pereira, R. C. (2013). *Qualidade e Certificação em Saúde: representações e posições sociais num terreno hospitalar*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Sociologia e Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto. Obtido de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/72490/2/28847.pdf>
- Phaneuf, M. (2004). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures : Lusociência.
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (novembro de 2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, pp. 27-39 . Obtido de <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-infeccoes-associadas-aos-cuidados-saude-X0870902510898567>
- Pinho, C. A. (2012). *Qualidade em saúde: Que trajetos de formação dos enfermeiros?* Universidade de Aveiro , Departamento de Educação . Obtido de https://ria.ua.pt/bitstream/10773/9614/1/Qualidade%20em%20sa%C3%BAde_Carla%20Pinho.pdf
- Pinto, F. J. (2011). *Sedação e Analgesia em Unidades de Cuidados Intensivos em Portugal – resultados de um inquérito nacional*. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar / Centro Hospitalar do Porto. Obtido de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/62317/2/Tese%20Filipe%20Pinto%20%20revista%202306.pdf>
- Presidência do Conselho de Ministros. (18 de 06 de 2018). Decreto-Lei n.º 44/2018, de 18 de junho. *Diário da República n.º 115/2018, Série I (Procede à constituição do Centro Hospitalar do Oeste, E. P. E.)*, 2533 - 2536. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/44-2018-115524263>
- Presidência do Conselho de Ministros. (27 de 05 de 2019). Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio. *Diário da República n.º 101/2019, Série I (Altera o regime da carreira especial de enfermagem, bem como o regime da carreira de enfermagem nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde)*, 2626 - 2642. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/71-2019-122403266>
- Queiroz, R. B., Holanda, M. M., Maia, A. K., & Morais, L. C. (2012). Análise do Uso do Eletroencefalograma e do Índice Bispectral na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Neurociências*, 20(2), pp. 302-310.
- Reis, A. F. (2017). *Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação na Pessoa em Situação Crítica –intervenção especializada de enfermagem*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18956/1/RELATORIO%20DE%20ESTAGIO%20FINAL%20MEPSC%20ANDRE%20REIS.pdf>
- Ribeiro, M., Santos, S. L., & Meira, T. G. (abril de 2006). Reflexão sobre liderança em enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 10 (1), pp. 109-15. Obtido de <https://www.scielo.br/j/ean/a/HNL3jgqyYH4rFx75LRDLnDD/?lang=pt&format=pdf>
- Rizkallah, J., Kent, W., Kuriachan, V., Burgess, J., & Exner, D. (25 de março de 2015). Troubleshooting during a challenging high-risk pacemaker lead extraction: a case report and review of the literature. *BMC Research Notes*, pp. 1-5. doi:DOI 10.1186/s13104-015-1034-y
- Rocheta, J. F. (2018). *Indicadores de Qualidade em Unidade de Cuidados Intensivos*. Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos à obtenção do grau de , Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública. Obtido de <https://run.unl.pt/bitstream/10362/68138/1/RUN%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Joana%20Rocheta.pdf>
- Santos, M. C., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (novembro de 2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, pp. 47-57. Obtido de <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-comunicacao-em-saude-e-seguranca-X0870902510898583>
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa: Lidel.
- Serviço Nacional de Saúde & Administração Central do Sistema de Saúde. (2022). *Benchmarking Hospitais*. Obtido de https://benchmarking-acss.min-saude.pt/BH_VolUtilizacaoDashboard
- Serviço Nacional de Saúde. (14 de fevereiro de 2022). Obtido de <https://www.inem.pt/2022/02/14/inem-encaminhou-898-casos-de-enfarte-atraves-da-via-verde-coronaria-em-2021/>
- Serviço Nacional de Saúde. (27 de fevereiro de 2022). *Centro Hospitalar de Leiria*. Obtido de Centro Hospitalar de Leiria: <https://www.chleiria.pt/>
- Serviço Nacional de Saúde. (2022). *Centro Hospitalar de Leiria*. Obtido de Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI): <https://www.chleiria.pt/prestacao-de-cuidados/por-tipo/equipa-de-emergencia-medica-intra-hospitalar-eemi-7/>
- Serviço Nacional de Saúde. (2022). *Centro Hospitalar do Oeste*. Obtido de <https://www.choeste.min-saude.pt/images/conteudos/corredorprincipal/DocumentosDivulgacao/Plano%20de%20Atividades%20e>

- %20Or%C3%A7amento%202021%20-
%202023_Delibera%C3%A7%C3%A3o%20CA%2030.12.2020.pdf
- Silva, D. M., & Silva, E. M. (2016). Ensino clínico na formação em enfermagem. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 30, pp. 103–119. Obtido de <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8437>
- Silva, J. d., Santos, L. C., Menezes, A. N., Neto, A. L., Melo, L. S., & Silva, F. J. (2021). Utilização da prática baseada em evidências por enfermeiros no serviço hospitalar. *Cogitare enfermagem*, 26, pp. 23-40. doi:10.5380/ce.v26i0.67898
- Silva, L. M., Martins, L. F., Santos, M. C., & Oliveira, R. M. (jan/mar de 2014). Índices prognósticos na prática clínica de enfermagem em terapia intensiva: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16 (1), pp. 179-90. doi:10.5216/ree.v16i1.22830
- Silva, M. T. (2017). *Método de trabalho de enfermeiro responsável- melhoria da qualidade*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20881/1/DISSERTAC%cc%a7A%cc%83O%20Vers%c3%a3o%20final%20Teresa%20Costa%20MDCSE.pdf>
- Silva, M. T. (2017). *Método de Trabalho de Enfermeiro Responsável- Melhoria da Qualidade*. Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20881/1/DISSERTAC%cc%a7A%cc%83O%20Vers%c3%a3o%20final%20Teresa%20Costa%20MDCSE.pdf>
- Silva, R. R., Carlos, J. F., Vieira, M. J., Sousa, J. G., Silva, I. C., Pereira, R. d., . . . Abreu, R. M. (2020). As teorias de enfermagem de Roy e Orem Intrínsecas à sistematização da assistência de enfermagem para promoção da saúde / Teorias de enfermagem de Roy e intrínsecas à sistematização da assistência de enfermagem para promoção da saúde. *Revista Brasileira de Desenvolvimento*, 6 (7), pp. 52049–52059. doi:<https://doi.org/10.34117/bjdv6n7-741>
- Simões, J. F. (2020). *Análise da Carga de Trabalho de Enfermagem de um Serviço de Medicina Intensiva*. Relatório Final de Estágio Profissional, Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, Bragança. Obtido de <http://hdl.handle.net/10198/22672>
- Sousa, J. R., & Santos, S. C. (jul. - dez. de 2020). Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. *Pesquisa e Debate em Educação*, 10 (2), pp. 1396 - 1416. doi:<https://doi.org/10.34019/2237-9444.2020.v10.31559>
- Sousa, M. A. (dezembro de 2008). IX Seminário de Ética. *Ordem dos Enfermeiros*, 31(Enfermagem e direitos humanos). Obtido de http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF7/004865_RevOrdemEnfermeiros_31_Dezembro_2008.pdf
- Tojal, A. M. (2011). *Percepção dos Enfermeiros sobre a formação em serviço*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Tomé, L. M. (2018). *Plano de intervenção em catástrofe ou situações de emergência multivítima no serviço de urgência: Intervenção especializada de enfermagem da conceção à ação*. Relatório de Estágio Mestrado em Enfermagem Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/25263>
- Urizzi, F., Carvalho, L. M., Zampa, H. B., Ferreira, G. L., Grion, C. M., & Cardoso, L. T. (2008). Vivência de familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*, 20 (4), pp. 370-375. Obtido de <https://www.scielo.br/j/rbti/a/tNx3xnngXy7qDpPzfgHvnHH/?format=pdf&lang=pt>
- Venturi, V., Viana, C. P., Maia, L. F., Basílio, M. J., Oliveira, A. A., Sobrinho, J. C., & Melo, R. d. (agosto de 2016). O papel do enfermeiro no manejo da monitorização hemodinâmica em unidade de terapia intensiva. *Revista Científica De Enfermagem*, 6 (17), pp. 19–23. doi: 10.24276/rrecien2358-3088.2016.6.17.19-23
- Winters, B. D., Gurses, A. P., Lehmann, H., Sexton, J. B., Rampersad, C. J., & Pronovost, P. J. (2009). Clinical review: Checklists – translating evidence into practice. *Critical Care*, 13, pp. 1-9. doi:10.1186/cc7792

APÊNDICES

APÊNDICE I- FOLHA PASSAGEM TURNO

Identificação		Situação	Antecedentes		Ações						Recomendações	
Nome	Idade	Motivo Admissão e diagnóstico	Historia e dados médicos relevantes + Risco colonização/ infecção	Alergias (Quais?)	Sinais Vitais e Glicemia capilar (Hora e valores)	Integridade cutânea + Risco queda (Sim/ Não)	Diurese (Valor e/ou Nível Saco coletor)	Dieta Geral/ Ligeira/ Líquida/ Dieta 0	Teste Covid (S/N)	Exames (Quais?)		Destino (Domicilio/ Internado/ Transferido)

APÊNDICE II- CARTAZ INFORMATIVO SMI

APÊNDICE III- QUESTIONÁRIO 1



Secção 1 de 4

Transporte inter-hospitalar: resultados da implementação de um boletim de acompanhamento no SUG- [REDACTED] Questionário 1

INVESTIGADORA PREPONETE: Ana Cristina Simões- SUG-[REDACTED]
ORIENTADORA: Cristina Costeira (PhD)- professora adjunta [ESSLeI- IPL](#)

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Projeto, do Curso de Mestrado em Médico-Cirúrgica na área de Especialização da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria ([ESSLeI](#)) pretende-se desenvolver um estudo de investigação-ação sobre transferências intra-hospitalares no serviço de urgência do [REDACTED]

O presente estudo terá como objetivos:

- Identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros do SUG nas transferências inter-hospitalares;
- Avaliar a perceção dos enfermeiros relativamente aos resultados da implementação de um boletim de acompanhamento de doentes a necessitar de TIH (complicações experienciadas; tempo de preparação);
- Avaliar a satisfação dos profissionais com a aplicação do boletim de acompanhamento

Realça-se que, o preenchimento é facultativo e demorará entre 10 a 15 minutos a responder, no entanto a sua participação é essencial. Serão garantidos os pressupostos éticos de confidencialidade e anonimato. Note que poderá decidir não participar se assim o considerar. No link seguinte será disponibilizado o documento de consentimento informado, que lhe fornecerá mais informação detalhadas sobre o estudo:

https://docs.google.com/document/d/1DEZkaqLknavWdWHwPs1vX6Qt1V6nFOXim-XwKC-H_D4/edit?usp=sharing

Caso decida preencher o questionário será assumido que compreendeu os objetivos do estudo e que consente participar no mesmo.

Em caso de dúvida poderá contactar as investigadoras através: 5200114@ipleiria.pt ou cristina.costeira@ipleiria.pt

Por favor, leia as questões seguintes e responda a todas as questões.

Obrigada pela vossa colaboração.

Li e entendi os objetivos. Desejo participar no estudo e autorizo a utilização dos dados colhidos, colhido durante o mesmo, para efeitos de investigação e publicação (responder após consulta do documento disponível no seguinte link: https://docs.google.com/document/d/1DEZkaqLknawWdWHwPs1vX6Qt1V6nFOXim-XwKC-H_D4/edit?usp=sharing) *

Sim

Não

Secção 2 de 4

Dados Sociodemográficos e profissionais

Descrição (opcional)

Sexo *

Feminino

Masculino

Idade *

Texto de resposta curta

Tempo de Experiência profissional *

Texto de resposta curta

Tempo de Experiência em serviço de Urgência Geral *

Texto de resposta curta

Qual a sua categoria profissional?

Enfermeiro

Enfermeiro especialista

Qual a sua formação académica?

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Secção 3 de 4

Experiência com as Transferências Inter-Hospitalares (TIH) ✕ ⋮

Descrição (opcional)

Já realizou transferências inter-hospitalares (TIH)? *

Sim

Não

Em média em quantas TIH participa por semana? *

Texto de resposta curta

Na sua opinião as TIH fazem-se de uma forma adequada? *

Sim

Não

Por favor justifique a sua opção

Texto de resposta longa

Na sua opinião o que poderia ser melhorado neste procedimento?

Texto de resposta longa

Na sua opinião a existência de um boletim/guião/check-list poderia facilitar o procedimento de TIH? *

Sim

Não

Já experimentou algum efeito adverso ou complicação durante a TIH? *

Sim

Não

Qual?

Texto de resposta curta

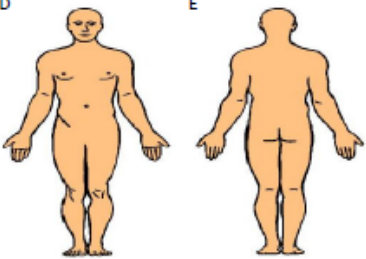
Secção 4 de 4

Muito obrigado pela sua colaboração.



Descrição (opcional)

APÊNDICE IV- BOLETIM ADAPTADO AO SUMC

BOLETIM DE ACOMPANHAMENTO DO DOENTE NO TRANSPORTE SECUNDÁRIO																																																																																																																																															
Identificação	Data de transporte: ____/____/____		Hora: ____:____		Etiqueta de identificação																																																																																																																																										
	Hora de saída: _____																																																																																																																																														
	Transporte pedido por: _____			Contacto: _____																																																																																																																																											
	Hospital/Serviço de origem: _____																																																																																																																																														
	Familiar informado do transporte: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				Equipa de transporte do doente																																																																																																																																										
	Médico/Enfermeiro que recebe: _____				Médico: _____		Nº de Ordem: _____																																																																																																																																								
	Hospital/Serviço de destino: _____				Enfermeiro: _____		Nº Mecanográfico: _____																																																																																																																																								
Situação	Data de admissão: ____/____/____		Antecedentes Pessoais: _____																																																																																																																																												
	Diagnóstico: _____																																																																																																																																														
Antecedentes	Motivo do transporte: <input type="checkbox"/> ECDT's <input type="checkbox"/> UCI <input type="checkbox"/> Ausência de valência <input type="checkbox"/> Outro _____																																																																																																																																														
	Alergias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual? _____																																																																																																																																														
	Risco de contágio: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual? _____																																																																																																																																														
	Espólio: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual? _____																																																																																																																																														
Avaliação do doente	Diretiva antecipada de vontade (RENTEV): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido																																																																																																																																														
	<p>A <input type="checkbox"/> Básica: _____; <input type="checkbox"/> Avançada: TOT / Supraglótico nº _____; Nivel _____; Local _____; Pressão cuff _____; Cricotomia / Traqueostomia _____</p> <p>B <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea: Dispositivo _____; L/m _____; FiO2 _____; <input type="checkbox"/> Ventilação não invasiva: Modalidade _____; Ipap _____; Epap _____; FiO2 _____; Fr _____; <input type="checkbox"/> Ventilação invasiva: Modo ventilatório _____; Vol/min _____; Fr _____; FiO2 _____; PEEP _____; Pmax _____; Outros _____; Ajustes _____</p>																																																																																																																																														
Fármacos	D		E		D		Legenda: # - fratura; C - contusão; F - ferida; H - hemorragia; Q - queimadura; D - dor.																																																																																																																																								
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nº</th> <th>Dispositivos invasivos</th> <th>Calibre</th> <th>Hora</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2.</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3.</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4.</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5.</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6.</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7.</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8.</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>														Nº	Dispositivos invasivos	Calibre	Hora	1.				2.				3.				4.				5.				6.				7.				8.																																																																																														
Nº	Dispositivos invasivos	Calibre	Hora																																																																																																																																												
1.																																																																																																																																															
2.																																																																																																																																															
3.																																																																																																																																															
4.																																																																																																																																															
5.																																																																																																																																															
6.																																																																																																																																															
7.																																																																																																																																															
8.																																																																																																																																															
Sinais Vitais	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Fármaco/Perfusão</th> <th>Dose</th> <th>Via</th> <th>Hora de início</th> <th>Observações</th> <th>Hora de fim</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>																Fármaco/Perfusão	Dose	Via	Hora de início	Observações	Hora de fim																																																																																																																									
	Fármaco/Perfusão	Dose	Via	Hora de início	Observações	Hora de fim																																																																																																																																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Hora</th> <th>O</th> <th>V</th> <th>M</th> <th>GCS</th> <th>RASS</th> <th>Fr</th> <th>FC</th> <th>TA</th> <th>EtCO2</th> <th>SpO2</th> <th>FiO2</th> <th>Glic</th> <th>Temp</th> <th>Pupilas</th> <th>Dor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>																Hora	O	V	M	GCS	RASS	Fr	FC	TA	EtCO2	SpO2	FiO2	Glic	Temp	Pupilas	Dor																																																																																																																
Hora	O	V	M	GCS	RASS	Fr	FC	TA	EtCO2	SpO2	FiO2	Glic	Temp	Pupilas	Dor																																																																																																																																

Observações	Observações											
Verificações	Antes do transporte						Equipamentos					
	<input type="checkbox"/> Confirmação de permeabilidade de acessos venosos <input type="checkbox"/> Fixação de tubos e linhas, do doente e equipamentos <input type="checkbox"/> Familiarização com os equipamentos <input type="checkbox"/> Nota de alta e ECD's						<input type="checkbox"/> Reserva de O2 (O2 necessário=[(20+Vmin) x FIO2 x tempo de transporte minutos]+50%) <input type="checkbox"/> Monitor / Desfibrilhador c/ pacemaker ou Pás adesivas <input type="checkbox"/> Material VA / Ventilador / Aspirador de secreções <input type="checkbox"/> Dotação de fármacos / Tempo de perfusão garantido <input type="checkbox"/> Baterias suplementares / Carregadores dos equipamentos					
	Na ambulância				Hospital de destino				Regresso			
<input type="checkbox"/> Fixação de máscara <input type="checkbox"/> Fixação e conexão de equipamentos <input type="checkbox"/> Observação do doente <input type="checkbox"/> Verificação final dos equipamentos				<input type="checkbox"/> Passagem de informação e documentos <input type="checkbox"/> Informar de complicações durante o transporte				<input type="checkbox"/> Digitalizar o boletim <input type="checkbox"/> Reposição de material e selagem de mals <input type="checkbox"/> Devolver equipamentos e reportar falhas				
Glasgow Coma Scale (GCS)	Abertura Ocular	Espontânea		4	Resposta Verbal	Orientada		5	Resposta Motora	Obedece a comandos		6
		À voz		3		Confusa		4		Localiza a dor		5
		À dor		2		Palavras inapropriadas		3		Fuga à dor		4
		Nenhuma		1		Palavras incompreensíveis		2		Flexão anormal		3
	Nenhuma		1	Nenhuma		1	Extensão anormal		2			
	Nenhuma		1	Nenhuma		1	Nenhuma		1			
Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)	4	Combetivo	Combetivo, violento, risco para a equipa									
	3	Muito agitado	Conduta agressiva, puxa ou remove tubos ou cateteres, agressivo verbalmente									
	2	Agitado	Movimentos inapropriados, luta com o ventilador									
	1	Inquieto	Intranquilo, ansioso, sem movimentos agressivos									
	0	Alerta e calmo	Alerta, calmo									
	-1	Sonolento	Adormecido, facilmente despertável, mantém contacto visual por mais de 10 segundos									
	-2	Sedação leve	Desperta precoce ao estímulo verbal, mantém contacto visual < 10 seg									
	-3	Sedação moderada	Movimentos e abertura ocular ao estímulo verbal, mas sem contacto visual									
	-4	Sedação intensa	Sem resposta ao estímulo verbal, mas apresenta movimentos ou abertura ocular ao toque									
-5	Não desperta	Sem resposta a estímulo verbal ou físico										

APÊNDICE V- QUESTIONÁRIO 2

Secção 1 de 4

Transporte inter-hospitalar: resultados da implementação de um boletim de acompanhamento no SUG- [REDACTED] Questionário 2

INVESTIGADORA PREPONETE: Ana Cristina Simões- SUG- [REDACTED]
ORIENTADORA: Cristina Costeira (PhD)- professora adjunta ESSLeI-IPL

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Projeto, do Curso de Mestrado em Médico-Cirúrgica na área da Especialização da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (ESSLeI) pretende-se desenvolver um estudo de investigação-ação sobre transferências intra-hospitalares no serviço de urgência do [REDACTED]

O presente estudo terá como objetivos:

- Identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros do SUG nas transferências inter-hospitalares;
- Avaliar a perceção dos enfermeiros relativamente aos resultados da implementação de um boletim de acompanhamento de doentes a necessitar de TIH (complicações experienciadas; tempo de preparação);
- Avaliar a satisfação dos profissionais com a aplicação do boletim de acompanhamento

Realça-se que, o preenchimento é facultativo e demorará entre 10 a 15 minutos a responder, no entanto a sua participação é essencial. Serão garantidos os pressupostos éticos de confidencialidade e anonimato. Note que poderá decidir não participar se assim o considerar. No link seguinte será disponibilizado o documento de consentimento informado, que lhe fornecerá mais informação detalhadas sobre o estudo:

https://docs.google.com/document/d/1DEZkaqLknawWdWHwPs1vX6Qt1V6nFOXim-XwKC-H_D4/edit?usp=sharing

Caso decida preencher o questionário será assumido que compreendeu os objetivos do estudo e que consente participar no mesmo.

Em caso de dúvida poderá contactar as investigadoras através: 5200114@ipleiria.pt ou cristina.costeira@ipleiria.pt

Por favor, leia as questões seguintes e responda a todas as questões.

Obrigada pela vossa colaboração.

Li e entendi os objetivos. Desejo participar no estudo e autorizo a utilização dos dados colhidos, colhido durante o mesmo, para efeitos de investigação e publicação (responder após consulta do documento disponível no seguinte link:
https://docs.google.com/document/d/1DEZk_aqLknawWdWHwPs1vX6Qt1V6nFOXim-XwKC-H_D4/edit?usp=sharing

Escolha múltipla

Sim Continuar para a secção seguinte

Não Ir para a secção 4 (Muito obrigada pel... sua colaboração!)

Adicionar opção ou [adicionar "Outra"](#)

Obrigatório

Secção 2 de 4

Experiencia com as Transferências Inter-hospitalares (TIH)

Descrição (opcional)

Durante este período utilizou o Boletim de Transporte Inter-hospitalar? *

Sim

Não

Secção 3 de 4

Implementação de um boletim de acompanhamento no SUG- [REDACTED]



Descrição (opcional)

Relativamente ao boletim de acompanhamento no SUG- [REDACTED] implementado considera que: *

	Desajustada	Fraca	Razoável	Boa	Muito Boa	Sem opinião
A ferrament...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A importânc...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A utilidade d...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A facilidade ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A satisfação...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A satisfação...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A estrutura ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A linguagem...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A facilidade ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A tomada de...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A satisfação...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A satisfação...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A percepção ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Considera que o boletim melhora a segurança e a qualidade do TIH? *

- Sim
- Não
- Sem opinião

Secção 4 de 4

Muito obrigada pela sua colaboração!



Descrição (opcional)



APÊNDICE VI- AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO BOLETIM

RE: Pedido de Autorização

De: **Fábio Cristiano Soares Martins** [REDACTED]

Para: <[REDACTED]> [REDACTED]

quarta, 9 fev 2022 11:38

 Responder a Todos 

Bom dia,

Em resposta ao vosso e-mail, eu, Fábio Cristiano Soares Martins, portador do Cartão de Cidadão n.º [REDACTED] venho por este meio autorizar a aplicação e adaptação do instrumento "Boletim de Acompanhamento do Doente no Transporte Secundário" mais recentemente denominado de "Formulário de Transporte Inter-hospitalar", para fins do estudo de investigação-ação no serviço de Urgência Geral do Hospital de [REDACTED] intitulado "Transporte inter-hospitalar: resultados da implantação de um boletim de acompanhamento no Serviço de Urgência Geral", no âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório Final do curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica- Área de Especialização Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria.

Ao dispor para qualquer tipo de esclarecimento ou colaboração.

Com os melhores cumprimentos

Fábio Martins
Enfermeiro INEM - DRS

APÊNDICE VII- AUTORIZAÇÕES DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO E COMISSÃO DE ÉTICA



CI - Centro de Investigação
Ref.º 30/2022

*Ponc CA.
Alexandra Borges
Direção Executiva
2022/05/20*

DELIBERAÇÃO DO Conselho de Administração
Acta nº 21/2022/05/25

*Ana Cristina
22.05.22*

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração



O Conselho de Administração
Presidente do Conselho de Administração
Diretor Clínico
Enfermeira
Leiria, 20 de maio de 2022

Assunto: Estudo no âmbito do seu Curso de Mestrado de Enfermagem à pessoa em situação crítica na ESSLei-IPLeia intitulado "Transporte inter-hospitalar: resultados da implantação de um boletim de acompanhamento no SUG " submetido pela Enfermeira Ana Cristina Joaquim Simões a exercer funções na Urgência Geral do [redacted] a desenvolver no [redacted]

De acordo com o Procedimento Interno "Aprovação de estudos e projetos de Investigação", em vigor desde 2016.03.07, informa-se que o estudo mencionado em epígrafe está devidamente instruído de acordo com os elementos assinalados na Listagem de Documentos e Validação, em anexo.

Uma vez que o estudo consiste na recolha de dados através da aplicação de questionários eletrónicos, sob os pressupostos das Boas Práticas para a Investigação Clínica, o mesmo não colide com as medidas do Plano de Contingência, para a COVID-19, atualmente em vigor no [redacted]

Mais se informa que o presente estudo obteve o parecer favorável pela Comissão de Ética, de acordo com a Ata n.º 03 de 2022.03.24. Neste sentido, submete-se o pedido anexo para decisão final do Conselho de Administração.

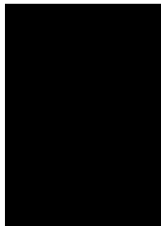
Com os melhores cumprimentos,

O COORDENADOR DO CENTRO DE INVESTIGAÇÃO

[Handwritten signature]
[redacted]

*João 2022.05.20
Poisande
2022.05.20 Poisande*
[redacted]





Comissão de Ética

Ref. CE – Nº 15/22

Exma. Senhora
Enf.ª Ana Cristina Joaquim Simões
Serviço de Urgência Geral



Leiria, 14 de abril de 2022

Assunto: Trabalho Académico - Transporte inter-hospitalar: resultados da implantação de um boletim de acompanhamento no SUG

A Comissão de Ética do [REDACTED] vem por este meio informar V. Exa., do parecer da reunião desta Comissão realizada dia 2022.03.24 e enviado ao Gabinete de Apoio Técnico do Centro de Investigação Clínica, sobre o estudo mencionado em epígrafe:

- Tomou-se conhecimento de um pedido de parecer submetido pela Enfermeira Ana Cristina Joaquim Simões, a exercer funções na Urgência Geral do [REDACTED] para realização de um trabalho académico, no âmbito do seu Curso de Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria (ESSLei-IPLeiria), intitulado “Transporte inter-hospitalar: resultados da implantação de um boletim de acompanhamento no SUG”. Este estudo será para realizar no Serviço de Urgência Geral, tendo como investigadora principal a proponente. Após análise do estudo, esta Comissão considerou que o Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação em Investigação, deveria ser simplificado. Tendo sido rececionado o documento de acordo com o solicitado, esta Comissão decidiu dar parecer favorável à sua realização.

Mais se informa, que este estudo carece de autorização por parte do Conselho de Administração.

Sem outro assunto de momento
Com os melhores cumprimentos,

[REDACTED]
Presidente



Centro Hospitalar de Leiria Accredited by
Joint Commission International



APÊNDICE VIII - CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

No âmbito do 9º mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica- Área de Especialização Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola de Saúde do Politécnico de Leiria, pretende-se desenvolver um estudo de investigação-ação intitulado por *“Transporte inter-hospitalar: resultados da implantação de um boletim de acompanhamento no Serviço de Urgência Geral”*. Este estudo tem como objetivos: identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros do SUG nas transferências inter-hospitalares; avaliar a perceção dos enfermeiros relativamente aos resultados da implementação de um boletim de acompanhamento de doentes a necessitar de TIH (complicações experienciadas; tempo de preparação) e avaliar a satisfação dos profissionais com a aplicação do boletim de acompanhamento. Assim, vimos solicitar a sua colaboração voluntária, para o desenvolvimento do mesmo, para isso, gostaríamos que lesse este documento, que se trata de um formulário para obtenção do Consentimento Informado, que descreve todas as informações relativas às finalidades do estudo, bem como, a importância da sua participação. Caso queira participar, será solicitado que leia, assinie e date este formulário. Após a sua assinatura e a do investigador, ser-lha-á entregue uma cópia. Caso não queira participar, não haverá qualquer penalização. Em caso de dúvidas ou necessidade de esclarecimentos extra por favor contate: Ana Cristina Simões: 5200114@my.ipleiria.pt.

O doente crítico apresenta lesões ou doenças de grande complexidade, muitas vezes associadas a quadros fisiopatológicos instáveis que com a transferência são expostos a riscos adicionais. Por este motivo, o transporte de doentes críticos requer profissionais altamente treinados e qualificados. Sendo o transporte inter-hospitalar (TIH) do doente crítico um procedimento frequente o planeamento desse procedimento deve ser exigente no sentido de minimizar possíveis riscos. A segurança e a qualidade deverão ser premissas a respeitar. Com o objetivo de melhorar as práticas foi desenvolvido em 2020 um boletim de acompanhamento do doente no transporte secundário. As implementações de listas de verificação têm um enorme potencial para melhorar a segurança e a qualidade e reduzir os custos dos cuidados de saúde. Uma vez que no contexto clínico do SUG não existe nenhuma lista de verificação aplicada aos TIH e existindo uma ferramenta previamente desenvolvida e validada para este fim, consideramos ser vantajoso implementá-la e adaptá-la no contexto clínico supracitado.

Como instrumento de colheita de dados serão aplicados dois questionários eletrónicos aplicados antes da implementação do boletim de acompanhamento e no final da implementação deste. A sua participação está relacionada com o tempo de preenchimento dos questionários (cerca de 20 minutos). Não existe previsão de riscos e ou desconfortos. Contudo, verifica-se que, surgem benefícios através deste estudo será possível diagnosticar necessidades de intervenção futura nos transportes inter-hospitalares.

A sua participação é voluntária e a qualquer momento pode recusar a participação neste estudo. Tem sempre alternativa de não participar, recusar responder a qualquer questão ou abandonar o estudo. A sua desistência não pressupõe qualquer penalidade ou perda nem compromete a sua relação com os investigadores. Basta informar o investigador se decidir retirar o seu consentimento.

Os dados solicitados não irão permitir a sua identificação pessoal, garantindo a sua confidencialidade. O questionário eletrónico não reterá dados de identificação de endereços eletrónicos. Como tal, ninguém poderá saber quais as respostas que deu a cada questão, permanecendo as mesmas em anonimato. Será respeitada a Lei Geral de proteção de Dados Pessoais (LGPD). Os dados obtidos irão ser sujeitos ao tratamento e análise com recurso à Estatística, através da aplicação do *software* adequado para o efeito. Os dados serão inseridos numa base de dados e tratados como dados gerais e não personalizados. Cada questionário será identificado por um código numérico de preenchimento, impossibilitando de identificar os participantes.

Os dados pessoais dos participantes no presente estudo, incluindo informações recolhidas ou criadas como partes integrantes do estudo, serão utilizados, apenas, para fins de investigação científica. Os dados obtidos a partir do estudo serão conservados até ao final do estudo de investigação, somente, para fins de investigação científica. Estes dados serão apenas reservados o tempo estritamente necessário para o seu tratamento e análise de acordo com o regulamentado. O investigador principal garante a não recolha de dados sensíveis respeitando o Regulamento Geral de Proteção de Dados

Consentimento Informado, esclarecido e livre para participação em estudos de investigação nos termos da Norma N.º 015/2013 da Direcção-Geral da Saúde, de acordo com: Declaração de Helsínquia, Convenção de Oviedo e respeitando o estabelecido no Regulamento Geral de Protecção de Dados.

(2019.12.06)

1/2

Parte declarativa do investigador/profissional de saúde:

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento.

Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão.

Também garanti que, em caso de recusa, será assegurado o respeito pelos seus direitos, assim como informei que a qualquer momento pode retirar o consentimento.

Nome Legível do investigador/profissional de saúde:	Ana Cristina Joaquim Simões- [REDACTED]	Serviço/Departamento: Politécnico de Leiria- Escola Superior de Saúde [REDACTED]
Data: 7-2-2022	Hora:	N.º Cédula Profissional: [REDACTED]
Contacto Institucional do investigador/profissional de saúde: 5200114@myipleiria.pt [REDACTED]	Assinatura: <i>Ana Cristina Joaquim Simões</i>	

Parte declarativa da pessoa que consente:

Por favor leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assinie este documento.

Declaro ter compreendido os objetivos de tudo quanto me foi proposto e explicado pela(s) pessoa(s) que acima assina(m) este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, bem como o tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

AUTORIZO NÃO AUTORIZO, participar neste estudo e que tomo a minha decisão de forma inteiramente livre, e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Data:	Assinatura(s): _____
	Se o menor tiver discernimento, deve também assinar

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento e 16 ou mais anos, deve também assinar)

Representante legal; Pessoa de relação próxima com o (a) Participante

Pai/Mãe Filho/Filha Cônjuge Tutor Outro (especificar)

Nome _____

Cartão Cidadão/BI Passaporte Carta de condução N.º _____ Data Emissão ou validade: _____

Assinatura _____ Data _____

Consentimento Informado, esclarecido e livre para participação em estudos de investigação nos termos da Norma N.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde, de acordo com: Declaração de Helsínquia, Convenção de Oviedo e respetando o estabelecido no Regulamento Geral de Protecção de Dados.

[REDACTED]

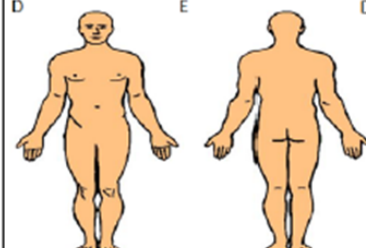
{2019.12.06}

2/2

ANEXOS

**ANEXO I - BOLETIM DE ACOMPANHAMENTO DO DOENTE NO TRANSPORTE
SECUNDÁRIO**

FORMULÁRIO DE TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

Identificação	Data de transporte: ___/___/___ Hora: ___:___		Etiqueta de identificação														
	Hospital/Serviço de origem:																
	Transporte pedido por:	Contacto:															
	Hospital/Serviço de destino:																
	Médico/Enfermeiro que recebe:	Contacto:			Equipa de transporte do doente												
	Familiar de referência:	Contacto:			Médico:	Nº de Ordem:											
Familiar informado do transporte: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Enfermeiro:	Nº de Ordem:														
Situação	Data de admissão: ___/___/___ Motivo de admissão:		Diagnóstico:														
	Motivo do transporte: <input type="checkbox"/> ECDT's <input type="checkbox"/> UCI <input type="checkbox"/> Ausência de valência <input type="checkbox"/> Outro																
Antecedentes	Alergias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual?																
	Risco de contágio: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual?																
	Espólio: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual?																
	Diretiva antecipada de vontade (RENTEV): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Formulário em anexo																
Avaliação do doente	A <input type="checkbox"/> Básica: _____; <input type="checkbox"/> Avançada: TOT / Supraglótico nº _____; Nível _____; Local _____; Pressão cuff _____; Cricotomia / Traqueostomia _____																
	B <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea: Dispositivo _____; L/m _____; FIO2 _____; <input type="checkbox"/> Ventilação não invasiva: Modalidade _____; Ipap _____; Epap _____; FIO2 _____; Fr _____; <input type="checkbox"/> Ventilação invasiva: Modo ventilatório _____; Vmin _____; Fr _____; FIO2 _____; Peep _____; Pmax _____; Outros _____; Ajustes _____																
	Gasimetria após mudança de ventilador: pH _____; pO2 _____; pCO2 _____; HCO3 _____; Lact _____; SatO2 _____; Outros _____																
			D Legenda: # - fratura; C - contusão; F - ferida; H - hemorragia; Q - queimadura; D - dor.														
Fármacos	Fármaco/Perfusão		Dose	Ritmo	Via	Hora de início	Início no transporte	Observações	Hora de fim								
							<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não										
							<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não										
							<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não										
							<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não										
							<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não										
							<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não										
Sinais Vitais	Hora	O	V	M	GCS	RASS	Fr	FC	TA	EtCO2	SpO2	FIO2	Glic	Temp	Pupilas	Dor	NEWS
	:								/								
	:								/								
	:								/								
	:								/								
	:								/								
	:								/								

Observações																					
Antes do transporte					Equipamentos																
<input type="checkbox"/> Confirmação de disponibilidade de vaga <input type="checkbox"/> Fixação de tubos e linhas, do doente e equipamentos <input type="checkbox"/> Familiarização com os equipamentos <input type="checkbox"/> Nota de alta e ECDT's <input type="checkbox"/> Familiares informados do transporte <input type="checkbox"/> Consentimento informado <input type="checkbox"/> Confirmação da posição do TOT / CVC através de Rx					<input type="checkbox"/> Reserva de O2 (O2 necessário=[(20+Vmin) x FiO2 x tempo de transporte minutos]+50%) <input type="checkbox"/> Monitor / Desfibrilhador c/ pacemaker <input type="checkbox"/> Material VA / Ventilador / Aspirador de secreções <input type="checkbox"/> Dotação de fármacos / Tempo de perfusão garantido <input type="checkbox"/> Baterias suplementares / Carregadores dos equipamentos <input type="checkbox"/> Corrente 220v disponível na ambulância / aeronave																
Na ambulância/aeronave			Hospital de destino			Regresso															
<input type="checkbox"/> Fixação da maca <input type="checkbox"/> Fixação e conexão de equipamentos <input type="checkbox"/> Observação do doente <input type="checkbox"/> Verificação final dos equipamentos			<input type="checkbox"/> Passagem de informação e documentos <input type="checkbox"/> Informar de complicações durante o transporte			<input type="checkbox"/> Informar serviço do resultado ou complicações durante o transporte <input type="checkbox"/> Reposição de material e selagem da mala <input type="checkbox"/> Devolver equipamentos e reportar falhas															
Glasgow Coma Score (GCS)		Resposta Verbal		Resposta Motora		Obedece a comandos															
Abertura Ocular	Esponânea	4	Orientada	5	Obedece a comandos	6															
	À voz	3	Confusa	4	Localiza a dor	5															
	À dor	2	Palavras inapropriadas	3	Fuga à dor	4															
	Nenhuma	1	Palavras incompreensíveis	2	Flexão anormal	3															
			Nenhuma	1	Extensão anormal	2															
					Nenhuma	1															
Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)		Combativo		Muito agitado		Agitado		Inquieto		Alerta e calmo		Soroletado		Sedação leve		Sedação moderada		Sedação intensa		Não desperta	
		Combativo, violento, risco para a equipa		Conduta agressiva, puxa ou remove tubos ou cateteres, agressivo verbalmente		Movimentos inapropriados, luta com o ventilador		Intranquilo, ansioso, sem movimentos agressivos		Alerta, calmo		Adormecido, facilmente despertável, mantém contacto visual por mais de 10 segundos		Desperta precoce ao estímulo verbal, mantém contacto visual < 10 segundos		Movimentos e abertura ocular ao estímulo verbal, mas sem contacto visual		Sem resposta ao estímulo verbal, mas apresenta movimentos ou abertura ocular ao toque		Sem resposta a estímulo verbal ou físico	
		4		3		2		1		0		-1		-2		-3		-4		-5	
Behavioral Pain Scale (BPS)		Expressão facial		Movimentos membros superiores		Conforto com o ventilador mecânico															
		Relaxada		Sem movimento		Tolerante															
		Parcialmente contraída (queda palpebral)		Movimentos parciais		Tosse, mas tolerante à ventilação mecânica															
		3		3		2															
		Completamente contraída (Olhos fechados)		Movimentos completos c/ flexão dos dedos		Luta com o ventilador															
		4		4		3															
		Contorsão facial		Permanente e contraídos		Incapaz de controlar a ventilação															
		1		4		4															
		1		2		1															
		2		3		2															
		3		4		3															
		4		1		2															
		1		2		3															
		2		3		4															
		3		4		1															
		4		1		2															
		1		2		3															
		2		3		4															
		3		4		1															
		4		1		2															
		1		2		3															
		2		3		4															
		3		4		1															
		4		1		2															
		1		2		3															
		2		3		4															
		3		4		1															
		4		1		2															
		1		2		3															
		2		3		4															
		3		4		1															
		4		1		2															
		1		2		3															
		2		3		4															
		3		4		1															
		4		1		2															
		1		2		3															
		2		3		4															
		3		4		1															
		4		1		2															
		1		2		3															
		2		3		4															
		3		4		1															
		4		1		2															
		1		2		3															
		2		3		4															
		3		4		1															
		4		1		2															
		1		2		3															
		2		3		4															
		3		4		1															
		4		1		2															
		1		2		3															
		2		3		4															
		3		4		1															
		4		1		2															
		1		2		3															
		2		3		4															
		3		4		1															
		4		1		2															
		1		2		3															
		2		3		4															
		3		4		1															
		4		1		2															
		1		2		3															
		2		3		4															
		3		4		1															
		4		1		2															
		1		2		3															
		2		3		4															
		3		4		1															
		4		1		2															
		1		2		3															
		2		3		4															
		3		4		1															
		4		1		2															
		1		2		3															
		2		3		4															
		3		4		1															
		4		1		2															
		1		2		3															
		2		3		4															
		3		4		1															
		4		1		2															
		1		2		3															
		2		3		4															
		3		4		1															
		4		1		2															
		1		2		3															
		2		3		4															
		3		4		1															
		4		1		2															
		1		2		3															
		2		3		4															
		3		4		1															
		4		1		2															
		1		2		3															
		2		3		4															
		3		4		1															
		4		1		2															
		1		2		3															
		2		3		4															
		3		4		1															
		4		1		2															
		1		2		3</															

**ANEXO II - AVALIAÇÃO PARA O TRANSPORTE SECUNDÁRIO SEGUNDO A ORDEM DOS
MÉDICOS E A SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS (2008)**

1. VIA AÉREA ARTIFICIAL Não Sim (tubo de Guedel) Sim (se intubado ou traqueostomia recente)	0 1 2	8. PACEMAKER Não Sim, definitivo Sim, provisório (externo ou endocavitário)	0 1 2
2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA FR entre 10 e 14 / min FR entre 15 e 35 / min Apneia ou FR < 10 / min ou FR > 35 / min ou respiração irregular	0 1 2	9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA Escala de Glasgow = 15 Escala de Glasgow > 8 e < 14 Escala de Glasgow ≤ 8	0 1 2
3. SUPORTE RESPIRATÓRIO Não Sim (Oxigenoterapia) Sim (Ventilação Mecânica)	0 1 2	10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO Nenhum dos abaixo indicados Grupo I: Naloxona Corticosteróides Manitol a 20% Analgésicos Grupo II: Inotrópicos Vasodilatadores Antiarrítmicos Bicarbonatos Trombolíticos Anticonvulsivante Anestésicos Gerais Dreno torácico e Aspiração	0 1 2
4. ACESSOS VENOSOS Não Acesso periférico Acesso central em doente instável	0 1 2		
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA Estável Moderadamente estável (requer < 15mL/min) Instável (inotrópicos ou sangue)	0 1 2		
6. MONITORIZAÇÃO DO ECG Não Sim (desejável) Sim (em doente instável)	0 1 2		
7. RISCO DE ARRITMIAS Não Sim, baixo risco * (e EAM > 48 h) Sim, alto risco * (e EAM < 48 h)	0 1 2	TOTAL	

* Baixo risco = sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata.

* Alto risco = risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.

Pontos	Nível	Veículo	Equipa	Monitorização	Equipamento
0-2 (apenas com O2 e linha EV)	A	Ambulância normal	Tripulante	Nenhum	"Standard" ambulância AMS
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Ambulância normal	Enfermeiro	Sat. O2, ECG, FC, TA não invasiva	Acima descrito + Monitor de transporte, Injectáveis + soros
≥ 7 ou < 7 se item com pontuação 2	C	Ambulância medicalizada ou helicóptero ambulância	Médico + Enfermeiro	Sat.O2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Acima descrito + Ventilador transporte, Material para a via aérea avançada, Desfibrilhador com pace. Seringas e Bombas perfusoras.

O material clínico de transporte deve estar previamente organizado, segundo o definido pela instituição, armazenado em contentores/malas portáteis e com avaliação/controlo periódico, de acordo com procedimento de auditoria institucional, com registo e arquivo para posterior avaliação.

* Adaptado de Etxebarria et al., Eur J Emerg Med, 1998.